

荏原健康保健組合 行

インフルエンザ予防接種補助金申請書

保 険 証 記 号 番 号	-	(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名	
所 属 名			
メー ル 番 号		電 話 番 号	
※休職中の方はチェック <input checked="" type="checkbox"/> して下さい。事業主へ給与口座を確認しお振込みします。→ <input type="checkbox"/>			

申請には以下の書類が必要です。不備がないかチェックして下さい。

- 1. 接種を受けた方の氏名
- 2. 接種日
- 3. 医療機関名と医療機関印（領収印）
- 4. 単価（インフルエンザ予防接種の金額）
- 5. インフルエンザ予防接種代である旨が明記されていること

接種者氏名	続柄	接種場所（医療機関）	接種日	予防接種代
健 保 補 助 金 額		円×	人＝	円

上記の通り、申請します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____

◆注意事項

- * 申請書をご提出いただいてから補助金のお支払までに1～2ヶ月を要します。補助金が支給されるまで、申請書・領収書の控えを各自で保管してください。
- * 補助金の支給は、被保険者給与（口座）振込となります。任意継続の方は郵便書留にて送付します。