

(健保使用欄)

常務理事	事務局長	課長	係長	係	資格照合	起案	.	.
						決裁	.	.
決定額		¥ _____				摘要		

平成29年度 インフルエンザ予防接種補助金支給申請書〔個人用〕

接種年月日 (複数の場合は、いずれか)	平成	年	月	日	接種期間: 平成29年10月1日から翌30年1月末日まで
(上記)接種機関	所在地				
	名称	(TEL - -)			
接種申請人数		名	〔個人用〕とは、 領収書が個人名のものです。		
接種に要した費用(合計)		円(税込)			

上記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請します。

事業主を代理人として健康保険組合より支給される補助金の受取方の件を委任いたします。

平成 年 月 日

保険証記号 - 番号 _____ - _____

事業所名(勤務先名) _____

被保険者氏名 _____ 印

被保険者住所 〒 _____ (TEL - -)

川口工業健康保険組合 理事長 殿

通しNo.	接種者氏名	続柄	年齢	接種年月日	接種料金(円)	健保使用欄
				平成 . . .		
				平成 . . .		
				平成 . . .		
				平成 . . .		
				平成 . . .		
				平成 . . .		

受付印

【注意】

- ・ 被保険者の方も「接種者氏名」欄に必ずご記入下さい。
- ・ 申請書は黒色又は青色のボールペンでご記入下さい。