

インフルエンザ予防接種補助金申請書

健康 保険 組合 記入欄	起 案	令和 年 月 日
	決 裁	令和 年 月 日
	支 給 額	円

理事長	常務理事	事務長		担当者

三井倉庫ホールディングス健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請します。 令和 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	—	事 業 所 の 名 称				
被保険者名						
接種を受けた者の氏名	生年月日	続 柄	一回目接種日	接種費用	健康保険組合 記 入 欄	
			二回目接種日			
	昭令 平 年 月 日		年 月 日	円	3,000	円
	昭令 平 年 月 日		年 月 日	円	3,000	円
	昭令 平 年 月 日		年 月 日	円	3,000	円
	昭令 平 年 月 日		年 月 日	円	3,000	円
	昭令 平 年 月 日		年 月 日	円	3,000	円

※健康保険組合記入欄

3,000 ×	3,000 × + 実費 ×	実費 ×	支給額
---------	----------------	------	-----

委 任 状

私は上記補助金の受領に関することを事業主に委任します。

(事業主に委任する場合はチェックを入れてください。)

令和 年 月 日

被保険者

(請求者)

氏名

三井倉庫ホールディングス健康保険組合 理事長 殿

※領収書は別紙に貼付してください。

「インフルエンザ予防接種」と明記されている領収書添付欄(コピー不可。糊付け)

領収書に記載がない場合は、
領収書に加え「インフルエンザ予防接種」がわかる診療明細を添付してください。

※ 領収書は折りたたまないでください。