

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

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	10 — 0000	事業所 の名称	三井倉庫ホールディングス株式会社
-----------------	-----------	------------	------------------

被保険者名	健保 次郎
-------	-------

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			
健保 次郎	昭令 平 50年 1月 1日	本人	〇〇年10月 5日	〇〇〇〇	円	3,000 実費
			〇〇年10月16日	〇〇〇〇		
健保 花子	昭令 平 52年 3月 3日	妻	〇〇年10月20日	〇〇〇〇	円	3,000 実費
			年 月 日			
健保 三郎	昭令 平 16年 4月 4日	長男	〇〇年10月20日	〇〇〇〇	円	3,000 実費
			年 月 日			
	昭令 平 年 月 日		年 月 日		円	3,000 実費
			年 月 日			
	昭令 平 年 月 日		年 月 日		円	3,000 実費
			年 月 日			

※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 健保 次郎

三井倉庫ホールディングス健康保険組合 理事長 殿

※任意継続の方は
記載不要

※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。

健保 次郎

領収書 原本

健保 花子
三郎

領収書 原本

(必要な場合は)
健保 次郎

診療明細原本