

NO.

健保
使用欄

伺年月日		令和 年 月 日		常務理事		事務長		会計		担当者		被扶養者照合印	
支払年月日		令和 年 月 日											
支払額		万 千 百 拾 円		資格		取得日		昭・平・令 年 月 日					
						喪失日		令和 年 月 日					
備考	1	(決・ 円) (円)				4	(決・ 円) (円)						
	2	(決・ 円) (円)				5	(決・ 円) (円)						
	3	(決・ 円) (円)				6	(決・ 円) (円)						

インフルエンザ予防注射補助金申請書

令和 年 月 日提出

被保険者証の記号と番号		記号		番号		被保険者氏名		内線			
被保険者の現住所											
所属名称		部 課 (グループ)									
予防注射を受けた病院・診療所等の名称・所在地		名称		所在地							
		名称		所在地							
受診者氏名 (続柄 《例》本人・妻) 受診日・回数		受診者氏名(続柄)				受診日				回数	
		1	()				年 月 日～ 年 月 日				回
		2	()				年 月 日～ 年 月 日				回
		3	()				年 月 日～ 年 月 日				回
		4	()				年 月 日～ 年 月 日				回
		5	()				年 月 日～ 年 月 日				回
6	()				年 月 日～ 年 月 日				回		

海外勤務者、任意継続被保険者の方など給料振込できない方は、下記にゆうちょ銀行以外の銀行（被保険者本人の口座）をご指定ください。

_____銀行_____支店 普通 口座番号_____ (名義人_____)

- ※1 補助金申請にはインフルエンザ予防注射の領収書(原本)を添付してください。
- ※2 予防注射を受けた医療機関が受診者により異なる場合は、それぞれの医療機関名および所在地をご記入ください。
- ※3 補助金の支給は毎月末日までの申請分を翌月の給与に振込みます。
補助金支給額は給料明細書の「健保組合給付」欄でご確認ください。
- ※4 任意継続被保険者の方は個人口座に振込みますので、銀行口座をご指定ください。
(ゆうちょ銀行は振込みできません。)

受付印