

NO.

健保
使用欄

同 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 4 年 11 月 18 日提出

被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号	記 号	10	番 号	1234	被 保 険 者 氏 名	健保 太郎		内 線	XX-000
被 保 険 者 の 現 住 所	埼玉県さいたま市桜区〇〇 △-△-△								
所 属 名 称	XXXX 部 〇〇〇〇 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	△△クリニック			所 在 地	埼玉県さいたま市〇〇区 X-X-X			
	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	健保 太郎 (本人)			R4 年 11 月 17 日 ~ 年 月 日				1 回
	2	健保 はな (長 女)			R4 年 10 月 15 日 ~ R4 年 11 月 1 日				2 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