

決 裁 伺	常務理事	事務長	係	備 考		
				インフルエンザ予防接種補助金		
支 給 金 額	円			合 計	内 訳	
				名	被保険者 名	被扶養者 名

インフルエンザ予防接種補助金申請書

令和 年 月 日

ミツバ健康保険組合理事長 殿

事 業 所 名
住 所
事 業 主 名

㊟

下記の者がインフルエンザ予防接種を受けたため、補助金

金 _____ 円 を申請します。
(Aの金額を記入)

注 意 事 項	<p>* 翌年の2月末日までに、健保組合へ一括して、請求してください。 (同日以降の請求は支払いの対象から除きます)</p> <p>* 当健保組合へ届出済みの事業主(代理人)口座へ、一括して振り込みます。</p>
------------------	--

◆記号番号順に記載してください

(単位:円)

記号	番号	区分	氏 名	接 種 日	接種金額	補助金額
		本・家				
		本・家				
		本・家				
		本・家				
		本・家				
		本・家				
		本・家				
					合 計	A

* 本:被保険者本人、家:被扶養者
(どちらかに○印を付けてください)