

インフルエンザ予防接種費用補助申請書

信濃毎日新聞健康保険組合理事長 殿

申請者 会社名 _____

氏 名 _____

保険証の記号・番号 _____

1. 接種者

本人 氏名 _____ (1回接種)

家族 氏名 _____ (1回接種のみ/2回接種)

氏名 _____ (1回接種のみ/2回接種)

氏名 _____ (1回接種のみ/2回接種)

氏名 _____ (1回接種のみ/2回接種)

2. 支払方法

健保登録口座に振り込みます。

※健保登録口座がご不明な場合は、各事業所にお問い合わせください。

3. 申請方法

この申請書に必要事項をご記入のうえ、領収書(接種者の名前(フルネーム)、インフルエンザ予防接種と記入されたもの、コピー不可)を添えて、健保組合まで提出してください。

※2回接種者がいる場合、全ての接種が終了してから申請してください。

< 健保使用欄 >

接種費用	
本人負担額	
健保補助額	
支払日	令和 年 月 日