

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 信濃毎日新聞(株)
氏 名 健康 太郎
保険証の記号・番号 00・0000

1. 接種者

本人 氏名 _____ (1回接種)
家族 氏名 健康 花子 1回接種のみ / 2回接種)
氏名 健康 はる 1回接種のみ / 2回接種)
氏名 健康 なつ (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）、日付、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 >

		※こちらには記入しないでください (信毎健保記入欄)	
接 種 費 用			
本人負担額			
健保補助額			
支 払 日	令和 年 月 日		

添付する領収書の見本

発行日 令和 00 年 00 月 00 日	
領収書	
健保 花子 様	
<u>¥4,000-</u>	
(うち消費税額 10%対象 ¥363-)	
ただしインフルエンザ予防接種代として	
△△病院	
登録番号 T00000000000000	

接種者の氏名

日付

「インフルエンザ予防接種」の記載

※「予防接種」だけでは何の予防接種かわからないためNG