

# インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

※ 太枠内を記入してください。

事業所記号	事業所の名称
申請者記入欄兼委任状(事業所振込)	
インフルエンザ予防接種補助金の交付申請、及び事業所の保険給付金受領代理人に補助金の受領を委任します。	
令和 年 月 日	
申請者の住所・氏名	

【健保受付欄】
---------

玩具人形健康保険組合

※ 続柄欄は本人(被保険者)又は家族(被扶養者)を○で囲ってください。

保険証番号	受診者氏名	続柄	生年月日	年齢	接種日	医療機関名	受診料金
		本人・家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
保険証番号	受診者氏名	続柄	生年月日	年齢	接種日	医療機関名	受診料金
		本人・家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
保険証番号	受診者氏名	続柄	生年月日	年齢	接種日	医療機関名	受診料金
		本人・家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
保険証番号	受診者氏名	続柄	生年月日	年齢	接種日	医療機関名	受診料金
		本人・家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
保険証番号	受診者氏名	続柄	生年月日	年齢	接種日	医療機関名	受診料金
		本人・家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
保険証番号	受診者氏名	続柄	生年月日	年齢	接種日	医療機関名	受診料金
		本人・家族	昭和 平成 令和	才	令和		円

## 【注意】

- ※1 受診者記入欄に複数の被保険者、被扶養者を記入する場合は申請者記入欄に事業所名・事業主名をそれぞれ記入してください。
- ※2 請求期限は当該年度中に実施した分の請求は当該翌年度の4月30日までとします。なお、期限を過ぎた場合は支給できませんのでご注意ください。
- ※3 申請の際、領収書原本を添付してください(領収書原本は組合で支給決定後にお返しします)。
- ※4 各年度の期間は4月1日から翌年3月31日までです。

# インフルエンザ予防接種補助金交付申請書（続紙）

※受診者が7名以上いる場合は続けてこの用紙に記入してください。

保 険 証 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年 齢	接種日	医療機関名	受診料金
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円
		本人・ 家族	昭和 平成 令和	才	令和		円

※ 太枠内を記入してください。続柄欄は本人（被保険者）又は家族（被扶養者）を○で囲ってください。