

# 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 (R7.4)

※ 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。

被保険者等番号	受診者氏名	続柄	生年月日	年齢	接種日	医療機関名	接種料金
		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

## 【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。
- ※4 領収書の返却を希望される場合「領収書返却願い」に領収書を貼付してください。
- ※5 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）

※ 太枠内を記入してください。

被保険者等 番号	受診者氏名	続柄	生年月日	年 齢	接種日	医療機関名	接種料金
		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
		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

※ 続柄欄は本人（被保険者）又は家族（被扶養者）それぞれ〇で囲ってください。 (R7.4)