

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。

保険証記号	任意継続被保険者
4444	

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。

保 険 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
		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

申請者記入欄兼振込依頼書	フリガナ			口座区分	普通・当座
	銀行名	銀行・信金	本店・支店	出張所	
	フリガナ			口座番号	
	口座名義				
本請求にかかわるインフルエンザ予防接種補助金は上記に振込されるよう依頼します。 令和 年 月 日 氏名					

【健保受付欄】

※ 印鑑は不要です。

玩具人形健康保険組合

【注 申請の際、領収書原本を添付してください。（組合で決定後、領収書原本はお返しします。）

※1 申請者の氏名は被保険者名を記入してください。

※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。（組合で決定後、領収書原本はお返しします）

※4 各年度の期間は4月1日から翌年3月31日までです。