## 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	
		【健保受付欄】	
インフルエン	ノザ予防接種補助金		
令和 在	<b>手</b> 月	В	
申請者の住	所•氏名		

玩具人形健康保険組合(R7.4)

#### ※ 続板欄は本人(被保険者)又は家族(被扶養者)を〇で囲ってください。

	3個は本人(放体映台)又は	多灰	(放扶食日)をして西	7 ( \	-0110			
被保険者等 番 号		続柄	生年月日	年歯	ì	接種日	医療機関名	接種料金
		本人 • 家族	昭和 平成 ・ 令和	IV	令和			円
被保険者等 番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年曾	ì	接種日	医療機関名	接種料金
		本人 • 家族	昭和 ・ ・ ・ ・ 令和	IV'	令和			円
被保険者等 番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年曾	ì	接種日	医療機関名	接種料金
		本人 • 家族	BB和 平成 令和	IV	令和			円
被保険者等 番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年歯	ì	接種日	医療機関名	接種料金
		本人 • 家族	昭和 平成 令和	IV	令和			円
被保険者等 番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年歯	ì	接種日	医療機関名	接種料金
		本人 • 家族	昭和 ・ 平成 ・ 令和	IV	令和			巴
被保険者等 番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年歯	ì	接種日	医療機関名	接種料金
		本人 • 家族	昭和 ・ 平成 ・ 令和	11/	令和			巴

### 【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	蚧	接種日	医療機関名	接種料金
留 5		本人	昭和					
		• ·	・ 中成 ・ 令和		才	令和		円
被保険者等	受診者氏名	続柄	<u>・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・</u>	年	輸	<u>・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・</u>	医療機関名	接種料金
番号	<u> </u>	++	昭和	Ė	91	汉祖己		JX IE I I III
		• 3	・ 平成 ・ 令和		才	令和		
被保険者等	受診者氏名	続柄	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	年	輸	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	医療機関名	接種料金
番 号	文的有以石		五十万口 <sup>密和</sup>	+	₩ li	按性口	<b>上京版</b> 因	按性科亚
		• 中人	• 平成 •			令和		
被保険者等	ロシャパク	+	<sup>会和</sup> · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<i></i>	才		C-c+100887	円
番号	受診者氏名	続柄	生年月日	年	蛤	接種日	医療機関名	接種料金
		• 3	昭和 ・ 平成			令和		
hr (01) \$ 32 05			· 令和		才			円
被保険者等番号	受診者氏名	続柄	生年月日	年	蝓	接種日	医療機関名	接種料金
		本人	昭和 • 平成			令和		
		家族	· 令和		才			円
被保険者等 番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年	蝓	接種日	医療機関名	接種料金
		本人	昭和 • 平成			令和		
			令和		才			円
被保険者等 番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年	蝓	接種日	医療機関名	接種料金
		华八	昭和					
		完体	平成 • 令和		才	令和		円
被保険者等番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年	蛤	接種日	医療機関名	接種料金
		本人	昭和					
		中体	平成 • 令和		才	令和		円
被保険者等番号	受診者氏名	続柄	· 生年月日	年	蚧		医療機関名	接種料金
留 5		本人	昭和					
		中佐	・ ・ 令和		才	令和		円
被保険者等番号	受診者氏名	続柄	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	年	輸	<u>・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・</u>	医療機関名	接種料金
番号	ZDANO	+	昭和 ・	Η-	EJ IJ	I E I SI	区凉风闪	以主作业
		• i	平成		<del></del>	令和		
被保険者等	受診者氏名	+	<sup>艶</sup> ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	年	才齡	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	医療機関名	接種料金
番 号	文砂白瓜石	続柄	五十月日 		四四	按性口	<b>上</b> 医療機関石	按性科立
		•	・ 平成 ・			令和		_
<b></b>		+	令和	_	才			円
被保険者等番号	受診者氏名	続柄	生年月日	年	蚹	接種日	医療機関名	接種料金
		• 3	略和 • 平成			令和		
		家族	· 令和		才			円
被保険者等番号	受診者氏名	続柄	生年月日	年	蝓	接種日	医療機関名	接種料金
		41	昭和 • 平成			令和		
		中华	令和		才			円