インフルエンザ予防接種補助金申請書

【対象者】被保険者
個人負担用

令和　　年　　月　　日

下記のとおり、インフルエンザ予防接種補助金を申請します。

支払った金額	円	補助金額	※　円
実施年月日	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日		

事業所記号		番号	氏名	番号	氏名
接種者氏名等					

※補助金額の欄には記入しないで下さい。

この請求に基づく補助金の受領を　氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。

【添付書類】　領収書(**原本**)･･･接種者氏名･インフルエンザ予防接種と記載（必須）
【対象期間】　原則９月～12月
【補助金額】　1,000円上限

静岡県中部機械工業健康保険組合　理事長　様

健保受付印

事業所名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿