

出先被保険者・被扶養者 インフルエンザワクチン予防接種料個人負担分補助申請書

年 月 日

大王製紙健康保険組合 殿

事業所名
 部署名
 健康保険証番号 —
 被保険者名 印
 連絡先

インフルエンザワクチン予防接種を実施したので、補助金を下記の通り申請します。

受診者名		年齢	歳
振込先	(フリガナ) 口座名義人 () (フリガナ) (フリガナ) 銀行 店 口座番号(普通) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
受診日	年	月	日
受診医療機関			
インフルエンザ予防接種に 支払った金額	円		

※インフルエンザワクチン予防接種料個人負担分補助申請に必要なもの

申請書、インフルエンザワクチン予防接種料支払いの領収書(写しでも可)の2点

補助支給決定額 (¥)	担当