

(別 紙)

健康保険組合使用欄			
年 月 日			
常務理事	事務長	担 当	支給金額
			円

※太線の枠内に必要事項を記入捺印の上、申請してください。

年 月 日

七十七銀行健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種補助金申請書

勤務事業所名	
健康保険被保険者証に記載されている	
被保険者 記号	番号
氏 名	印

下記のとおりインフルエンザ予防接種料を支払しましたので、領収書(原本)を添付のうえ申請いたします。

記

接種者氏名	続柄	接 種 日	接種に要した費用 (領収書金額)	補 助 金 額 (1, 000円を上限とする実費)
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
(お願い)領収書は裏面に貼付して下さい			補助金合計	円

- 注) 1 補助対象者は、被保険者・被扶養者のうち配偶者および子
- 2 申請書に領収書原本(レシート不可)を添付し、ご家族分まとめて提出してください。
(接種者氏名・金額・インフルエンザ予防接種である旨記載されている領収書であること)
なお、領収書は返却いたしません。
- 3 補助は年度1回限り、一人当たり1,000円を上限とする実費とします。
- 4 補助金は被保険者の給与振込口座に振込みます。
- 5 申請書の提出期限は2019年3月29日(金)健保必着といたします。

領収書貼付箇所