

インフルエンザ^{*}予防接種補助金 請求書

記号番号		被保険者(氏名)		所属部・課名		事業所の名称	
—							
接種を受けた被保険者及び被扶養者	(才)		<u>※領収証(写し可)を糊等で貼付けしてください</u> <u>こちらに貼付けできない場合は、裏面に貼付けしてください</u> 注意：ホチキス、 セロハンテープ使用不可				
	(才)						
	(才)						
	(才)						
	(才)						
	(才)						
合計	内訳:()×1,000円 円						
接種を受けた医療機関名							
上記により請求します。 令和 年 月 日 大建工業健康保険組合 理事長 殿			被保険者住所		〒		
			氏名(申請者)				印
支給決定	令和 年 月 日		支給決定の上通知してよろしいか			令和 年 月 日	
	決定金額	円	常務理事	事務長・係		出納印	出納係
	_____月 給与						

***本人と家族分(小学生以下で2回接種の場合は2回分を記入)を1枚の請求書にまとめて申請してください。**

***お支払いは、毎月20日締め翌月給与払いです。**

***申請書受付期限は毎年2月19日(休みの場合は前営業日) 健保必着。**

***任意継続加入者は対象外となります。**

保険証に記載の「記号」、
「番号」を記入してください

予防接種補助金 請求書

記入例

123 — 4567		大建 太郎		所属部・課名 〇〇部 ●●課		事業所の名称 大建工業(株)			
接種を受けた被保険者及び被扶養者	大建 太郎(50歳)			氏名と年齢を記入してください					
	大建 花子(47歳)								
	大建 一郎(12歳) × 2回								
	本人と家族分(小学生以下で2回接種の場合は2回分を記入)を1枚の請求書にまとめて申請してください。								
合計	内訳:(4) × 1,000円 4,000円			※領収証(写し可)を糊等で貼付けしてください こちらに貼付けできない場合は、裏面に貼付けしてください 注意: ホチキス、 セロハンテープ使用不可					
接種を受けた医療機関名 〇〇〇病院、××クリニック									
上記により請求します。 令和 〇〇 年 ×× 月 △△ 日 大建工業健康保険組合 理事長 殿									
被保険者住所		〒〇〇〇-××××						〇〇市××町△丁目12-34	
氏名(申請者)		大建 太郎						印	
支給決定	令和 年 月 日			支給決定の上通知してよろしいか		令和 年 月 日			
	決定金額	円		常務理事	事務長・係	出納印	出納係		
	____月 給与								

*本人と家族分(小学生以下で2回接種の場合は2回分を記入)を1枚の請求書にまとめて申請してください。

*お支払いは、毎月20日締め翌月給与払いです。

*申請書受付期限は毎年2月19日(休みの場合は前営業日) 健保必着。

*任意継続加入者は対象外となります。