

常務理事	事務長	事務長代行	係	係	係

インフルエンザ予防接種補助金申請書

ミライト健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金の申請をします。

添付書類：領収書(原本)

注意 領収書は「インフルエンザ予防接種代として」と明記のあるもので、明記がない場合は併せて「診療明細書」を添付するか、病院窓口で手書きしてもらい、認印をもらってください。

宛名は会社名ではなく接種者名(フルネーム)の記載をお願いします。
原則、領収書は1枚につき1人分とし、複数人分をまとめられた場合は、各接種者名と金額を明記してもらって下さい。

申請者	保険証		被保険者名		連絡先(TEL)
	記号	番号			
	会社名		本社・支店		所属
		本社 ・ 支店		事業本部	
				部	
接種者	接種者名	続柄	接種日		病院名
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		

~~~~~健保使用欄~~~~~

|     |      |       |      |     |
|-----|------|-------|------|-----|
| 受付印 | 資格確認 | 領収書確認 | 決定金額 | 振込日 |
|     |      |       | 円    |     |