

(様式第7号)

支給決定伺	起案	年 月 日			施行	年 月 日			常務理事
	内 訳	単 価	人 数		金 額	支給額	円		
		円	本人	名	円				
		家族							
		計							
備考									

年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

事業所 記号	事業所名								
予防接種実施機関名及び所在地									
保険者証 番号	続柄	受診者名	年齢	接種日	保険者証 番号	続柄	受診者名	年齢	接種日
	本・家					本・家			
	本・家					本・家			
	本・家					本・家			
	本・家					本・家			
	本・家					本・家			
								合計	名
<p>上記に記載したものが自己負担金においてインフルエンザ予防接種を実施したので、領収書を添えて補助金を支給申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業所名 事業主名</p> <p>横浜港運健康保険組合 理事長殿 ⑩</p>									
振込先	銀行	支店	普通 当座	口座名義			口座番号		

- ※注 ① インフルエンザ予防接種補助金の対象者は12月 日までに受診した方です。それ以降の受診は受け付けません。
- 2 接種日は、11月20日でしたら11/20と記入してください。
- 3 2回接種された方は、1回接種のみ補助金の対象となります。
- 4 接種実施期間の領収書は、必ず接種人数を記入してもらってください。
- ⑤ この申請書の受付締切日は12月 日で終了となりますのでご注意ください。

※ この申請書及び領収書等に記載されている個人情報は保健事業を推進するための目的以外に使用しません。