**インフルエンザ予防接種補助金申込書(アルプス技研グループ健保)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 所　　属 |  | | | |
| 健康保険証  記号・番号 | ― |  | 社員コード |  |
| 氏　　名 |  | | | |
| **予防接種を受けた方** | * **社員本人のみ受診の場合も 氏名をご記入ください** | | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 給与調整指示書 | 補助申請(健保) | 受付・管理表 |
|  |  |  |