

【任意継続用】インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書

*太枠内すべてご記入ください。

申請年月日		年	月	日	申請 人数	被保険者	名	
健康保険 被保険者証		記号	99	番号		被扶養者	名	
			計			名		
被保険者氏名								
連絡先	自宅住所	〒						
	電話番号			メールアドレス				
受診者氏名 及び 接種年月日		氏名			接種年月日	年	月	日
		氏名			接種年月日	年	月	日
		氏名			接種年月日	年	月	日
		氏名			接種年月日	年	月	日
		氏名			接種年月日	年	月	日
補助金支給先	金融機関名称	銀行 信用金庫			金融機関支店名	本店 支店		
	預金種別	普通預金 ・ 当座預金 その他 ()			口座番号			
	(フリガナ) 口座名義							

※被保険者名義の口座情報をご記入ください。

アルプス技研グループ健康保険組合 理事長 殿

受 付 印

【添付書類】

医療機関から発行された領収書

「インフルエンザ予防接種を受けた日」「受診者氏名」「インフルエンザ予防接種」であることが記載されていること

健 保 記 入 欄	合 計	名分	円
	被保険者分	=	名 × 1,000円
	被扶養者分	=	名 × 1,000円
	【備考】		