

インフルエンザ 予防接種補助金 申請書

健保確認

申請のご家族は当健保組合の加入者(被扶養者)ですか? (加入者のみ補助対象となります。)

申請のご家族で市町村の公的補助を受けていませんか? (主に65歳以上の公的補助を受けた方は補助対象外となります。)

日本精機健康保険組合

申請日		平成	年	月	日
保険証の 記号・番号	記号	番号	申請者		印 (自署の場合、押印不要)
事業所名			個人コード		
所属部署・課	(内線:)				
	接種者名	続柄	接種日		医療機関名
1			年 月 日		
2			年 月 日		
3			年 月 日		
4			年 月 日		
5			年 月 日		
6			年 月 日		

(注)①申請者の氏名を本人自ら署名した場合の申請印は不要です。

②市町村等の補助を受ける場合は申請できません。

③領収書なしでは申請できません。

④補助金の受領は事業主に委任となります。(給与に反映)

合計	本人	人
	家族	人

(領収書貼付欄)

※領収書の原本を添付ください。(領収書は返却いたしません)