

**インフルエンザ予防接種  
補助金申請書  
(任意継続者用)**

健保確認

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

<b>申請期間 平成31年 2月5日～15日を 厳守下さい。事前の受付はできません。</b>		申請日	平成	年	月	日
保険証の 記号・番号	記号 200	番号	申請者		印 (自署の場合押印不要)	
ご住所	(郵便番号 )		電話番号		( )	
振込先名・ 支店名	大光銀行本店		普通預金:口座番号			
	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。

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)