

## インフルエンザ予防接種補助申請書(事業所用)

令和 年 月 日

事業所名称

代表者氏名

印

下記の通り、インフルエンザ予防接種(集団接種)補助申請をいたします。

事業所名称	
接種実施機関名称	
支給方法 <small>*どちらかにチェックをつけてください。</small>	<input type="checkbox"/> 事業所へ振込み ※ 宛名が事業所名であり、接種者人数及び単価が記入された領収書の原本、接種者リストを添付  <input type="checkbox"/> 接種実施機関へ振込み ※ 宛名が東洋水産健康保険組合であり、接種者人数及び単価が記入された請求書の原本、接種者リストを添付
接種単価および人数	円 人
接種日	令和 年 月 日

※ 接種者リストには、被保険者証の記号番号、接種者氏名を記載して下さい。

※ 東洋水産健康保険組合に加入していない場合は、補助対象外となりますので人数に含めないで下さい。

健康保険組合記入欄					
支給決定年月日	令和 年 月 日	理事長	常務理事	事務長	担当者
支給年月日	令和 年 月 日				
補助金額			受付年月日		
@ 2,000 × 人 = ￥					