東洋水産健康保険組合行

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

事業主名　　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	事業所へ振込みいたします。 ※ 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
接種単価および人数	円　　人
	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					
		理事長	常務理事	事務長	担当者
支給決定年月日	令和　　年　　月　　日				
支給年月日	令和　　年　　月　　日				

補助金額
@　2,000　×　　人 ＝ ¥
@　　×　　人 ＝ ¥

受付年月日

R8.10