

【健保記入欄】

支 払 決 定 額	令和 年 月 日							常務理事	事 務 長	課 長		担 当 者
	補助額											
	補 助 額 内 訳							合 計			名	
	1,000 円	×		名	=	円						
		円	×		名	=	円					
	円	×		名	=	円						
		円	×		名	=	円					

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

※太線内をご記入ください。

事業所名		フリガナ 担当者名	
所在地			
電話番号		実施人数	名

上記のとおり実施したので実施連名簿を添えて補助金の交付を申請します。

令和 年 月 日

事業所名 印

所在地

服装健康保険組合 理事長様

振込先（事業所名義）をご記入ください。

銀行

振込先 信用金庫 支店

口座番号 普通・当座

フリガナ

口座名義

※領収書（写）は実施連名簿の記載順に添付してください。

インフルエンザ予防接種実施連名簿

事業所記号 ()

	被保険者 等番号	氏 名	実施者区分	予防接種料金 (円)	接種日
1			本人 ・ 家族		月 日
2			本人 ・ 家族		月 日
3			本人 ・ 家族		月 日
4			本人 ・ 家族		月 日
5			本人 ・ 家族		月 日
6			本人 ・ 家族		月 日
7			本人 ・ 家族		月 日
8			本人 ・ 家族		月 日
9			本人 ・ 家族		月 日
10			本人 ・ 家族		月 日
11			本人 ・ 家族		月 日
12			本人 ・ 家族		月 日
13			本人 ・ 家族		月 日
14			本人 ・ 家族		月 日
15			本人 ・ 家族		月 日
16			本人 ・ 家族		月 日
17			本人 ・ 家族		月 日
18			本人 ・ 家族		月 日
19			本人 ・ 家族		月 日
20			本人 ・ 家族		月 日