

決裁日	平成 年 月 日	交付金額	円	決裁	事務長	事務長	リーダー	担当者
交付日	平成 年 月 日							

【任意継続被保険者用】 平成27年度 インフルエンザ予防接種 補助金交付申請書

- ◆ 申請対象は実施日において、当組合の加入資格を有する任意継続被保険者または任意継続被扶養者
- ◆ 領収書(原本)の宛名は「接種者名」
- ◆ 補助金は任意継続資格取得届へご記入いただいた口座へ振込

※太枠内をご記入ください。(手書きの場合はボールペンを使用)

申請者	保険証記号	7	5	0	0	保険証番号			
	住所	〒 -							
	被保険者氏名	Ⓜ			電話番号	- -			

予防接種費用合計(税込)	実施日	平成 年 月 日	※ 組 合 使 用 欄
円	平成 年 月 日		

内訳	医療機関名	()	(@ 円) × 名	(@ 円) × 名
	医療機関名	()	(@ 円) × 名	(@ 円) × 名
	医療機関名	()	(@ 円) × 名	(@ 円) × 名

対象者	氏名(かか)	性別	生年月日	本人・家族
	(例) タナカ タロウ	男	昭和 27.11.20	本人

【 受付日付印 】

この申請書及び添付して頂く領収書等は、当組合における補助金交付金額の決定並びに被保険者の方々の健康管理・保健指導等に利用することを目的としてご提出頂いております。