

# インフルエンザ予防接種 補助金申請書

被保険者証 記号・番号	記 番	被 保 者 名	事業所 名				
自宅住所	〒		部署名				
			連絡先				
※任意継続被保険者又は 資格喪失者のみ記入	銀行名	支店名	支店番号	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 貯蓄		

接種者名	生年月日 対象者:0歳～中3, 65歳～74歳	接種日	医療機関名
<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R	R 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R	R 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R	R 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R	R 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R	R 年 月 日	

※ 対象者は、子ども・高齢者のみです。  
※ 補助金は、会社経由で支給します。

申請金額 合計 円

領収書(原本) 添付	※提出書類は返却しません
------------	--------------