

平成26年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書（集団接種用）

補助金申請期限 平成27年3月31日(水) 必着

住商連合健康保険組合 行 下記のとおり請求いたします。 (別紙領収証貼付表を添付)						平成	年	月	日	
事業所	記号		会社名				(印)			
			住所				〒			
予防接種を受けた方	接種者(代表者名)		人数	接種日		病院等		実際に支払った金額		
	①	(S・H 年 月 日)	他 名	平成	年	月	日			円
	②	(S・H 年 月 日)	他 名	平成	年	月	日			円
	③	(S・H 年 月 日)	他 名	平成	年	月	日			円
補助金請求合計				《組合記入欄》		人数	名	円		
振 込 先										
銀行コード				銀行名		銀行 金庫 農協				
支店コード				支店名		支店 出張所 支所				
種目	当座・普通			口座番号 (右詰)						
口座名義 (カタカナ)										
						事業所担当者確認印 : (印)				

※補助金申請のご注意

領収証に下記事項の記載が必要ですのでご確認をお願いいたします

- “インフルエンザ予防接種”であることがわかる内容
- 接種を受けた病院名・電話番号
- 接種年月日
- 支払い金額(他の項目と一緒に接種された場合は接種にかかる金額がわかること)

接種された方のリスト(記号・番号・氏名必須)を添付して下さい。

申請名、口座名義、印鑑、領収証の宛名は全て同じにしてください。

満12歳以下で2回接種の場合は、まとめて2回分を請求したものに限りません。

受付日付印

領収証貼付表

記号	番号	氏名

この用紙にのり付けして下さい

領収書は必ず原本

- ・接種者名・金額・病院名・日付の記載が必ずあるもの
- ・インフルエンザ予防接種費用であるとわかるもの

※上記の項目が一つでも記載されていない場合は、被保険者の方が領収証に記入していただき、下記の欄に署名・捺印して下さい。

(署名・捺印された場合は領収書が重ならないように貼り付けて下さい。)

上記添付領収証につき、記入した項目について間違いがない事を認めます。

平成 年 月 日

署名 _____ 印