

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

(任意継続者用)

インフルエンザ予防接種を別添報告書のとおり実施しましたので補助金の交付を申請します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	実施年月日	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
	実施人数	名		
	実施費用	円		
	医療機関	名称	TEL ()	
		所在地		
	保険証記号		保険証番号	
	被保険者名	⑩		
連絡先電話	()			

出版健康保険組合 大阪支部 殿

※補助金の支払は給付金口座に振込とさせていただきます。

※申請にあたっては実施者名簿及び費用に関する領収書を必ず添付してください。

※中学生以下の方は補助金対象外になりますのでご注意ください。

(コピーでも可)

