

様式3

常務理事	部長	課長	係長	係

インフルエンザ予防接種補助金請求書

令和 年度
千葉県医業健康保険組合 様

令和 年 月 日

任 継

郵便番号 〒
住 所
氏 名 (印)
電話番号

下記のとおりインフルエンザ予防接種を実施したので請求いたします

※決定欄には記入しないでください

種 目	件 数	単価(一人当たりの金額)	合 計
インフルエンザ予防接種補助金	件	円	円
※決定欄	件	円	円

補助金振込口座	銀行							支店
種 別	普通	・	当座	口座番号				
(フリガナ)								
口座名義								

※領収書(写しでも可)を必ず添付してください

※予防接種の実施者に対し、2,000円(定額)を補助します

(市区町村等から一部費用を助成された場合において、自己負担額[助成された額を差引いた額]が2,000円未満のときは、その額を補助金の額とする)

※振込口座は、被保険者本人の口座で、銀行へ届け出た名義をご記入ください

受付日付印

インフルエンザ予防接種補助金請求明細書

事業所記号 8000

項番	証番号	被保険者氏名	性別	実施年月日	備考
1					
2					
3					
4					
5					