

支給決定額	※	円
-------	---	---

健保組合決裁欄				
常務理事	事務長	部長	課長	係

※は記入しないでください。

健保組合記入欄

インフルエンザワクチン接種補助金交付申請書

提出日 年 月 日

三重県農協健康保険組合 理事長 様

以下のとおり、インフルエンザ予防接種補助金の交付申請をします。

申請者欄	事業所名		
	記号	番号	被保険者氏名

(接種された被保険者(本人)及び被扶養者の氏名等を記入してください。)

氏 名	本人・家族区分	接種日	申請金額(上限1,500円)
	本人	/	円
	家族	/	円
	家族	/	円
	家族	/	円
	家族	/	円
	家族	/	円

【注意事項】

- ・「申請書」「領収書(領収書の記載面を表に揃える)」の順に、申請書の左肩をホチキス等にて外れないように留めてください。
- ・領収書には接種者氏名、接種年月日、医療機関名、金額、予防接種名の明示が必要です。

委任欄	☐ 補助金の受け取りを申請者欄記載の事業所へ委任します。 (委任する場合は ☒)
-----	---