

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

【事業所用】

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
	事業主名

(予防接種者内訳)

接種年月日	人数	×	申請金額(上限1,500円)	=	小計
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
合計					円

【添付書類】

*インフルエンザワクチン接種者名簿【様式1】

*上記名簿の「医療機関証明欄」に記載がない場合は個人毎の領収書(写し不可)