

インフルエンザ予防接種補助金請求書

健康保険の 記号・番号	記号 番号		被保険者 氏名	フリガナ.....
事業所	名称			
	所在地			
接種人数(合計)	人		予防接種に要した費用(合計)	円
接種内容	接種者氏名	実施日	接種に要した費用	実施機関名称
		/	円	
		/	円	
		/	円	
		/	円	
		/	円	
		/	円	
この補助金の受領を_____に 委任にします。 令和 年 月 日 被保険者氏名(自署) _____			受任者 氏名 _____ 住所 〒 _____	
<p>上記のとおり請求いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">大阪港湾健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">〒 _____</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住所 _____</p> <p style="text-align: right;">TEL _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p>				
摘要				

※ **領収書のコピーを裏面の領収書貼付欄に貼ってください。添付された領収書はお返しいたしませんので、ご了承願います。**

〔 領収書には、接種年月日・医療機関名・接種者氏名・インフルエンザ予防接種代 であることが記載されていること。領収印が押されていること。 〕

※ 乳幼児や高齢者の方など、**対象期間中に2回以上インフルエンザ予防接種を受けられた方は、数回分を合わせて一度に申請してください。**

※ 請求については、委任欄に必ず記名、捺印のうえ事業主に提出してください。

3月10日までに当組合に請求があったもののみ支給となりますので、お早めにご請求ください。

(受付年月日)

領収書コピー貼付欄

貼 付

(コピーが外れないよう貼り付けてください)