

(別添 1)

常務理事	事務長	係長	担当者

※ 健康保険組合記入欄									
支給決定額		十万	万	千	百	十	円	区分	令和 年度
＜ 内 訳 ＞									
補助金額	1,000円 × 0名 = 0円								

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

別紙のとおりインフルエンザ予防接種を実施いたしましたので、補助金の支給を申請いたします。

申請日 令和 年 月 日									
実施年月日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日								
実施人数	0名								
申請額	0円								
担当者名				連絡先電話番号			()		

補助金振込先	金融機関名		支店名	種別	口座番号				
	信用金庫		支店	普・当					
	口座名義		(フリガナ)						

千葉県しんきん健康保険組合理事長 殿

所在地
事業所名
事業主名



❖ インフルエンザ予防接種実施者名簿(事業主の証明若しくは、領収書の写)を必ず添付して下さい。

インフルエンザ予防接種実施者名簿

事業所名							事業所記号	
No.	接種日	保険証番号	氏名	No.	接種日	保険証番号	氏名	
1				21				
2				22				
3				23				
4				24				
5				25				
6				26				
7				27				
8				28				
9				29				
10				30				
11				31				
12				32				
13				33				
14				34				
15				35				
16				36				
17				37				
18				38				
19				39				
20				40				

※ 事業主の証明(事業主の証明を得られない場合は、領収書の写を添付して下さい。)

上記の者について、インフルエンザ予防接種を実施したことを証明します。

令和 年 月 日

事業所の所在地

事業所の名称

事業主の氏名

印

(別添 3)

常務理事	事務長	係長	担当者

※ 健康保険組合記入欄									
支給決定額		十万	万	千	百	十	円	区分	令和 年度
＜ 内 訳 ＞									
補助金額	1,000円 × 0名 = 0円								

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書
(任意継続被保険者用)

下記のとおりインフルエンザ予防接種を実施いたしましたので、補助金の支給を申請いたします。

申請日 令和 年 月 日									
実施年月日	令和 年 月 日								
実施人数	0名								
申請額	0円 【限度額 1,000円】								

補助金振込先	金融機関名		支店名		種別	口座番号				
	信用金庫		支店		普・当					
	口座名義		(フリガナ)							

千葉県しんきん健康保険組合理事長 殿

記号・番号
住 所
氏 名



❖ 領収書の写（インフルエンザ予防接種と記載のあるもの）を必ず添付して下さい。