| 支給決定額<br>（健保使用欄） | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

# インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

被保険者より補助金の受領を委任されましたので、次のとおり申請します。

| 事業所記号 | |
|---|---|

令和　　年　　月　　日提出

〒　　―

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号　　―　　担当者名

神奈川県自動車整備健康保険組合理事長　殿

インフルエンザ予防接種を受けた被保険者内訳

| 保険証番号 | 被保険者氏名 | 接種日 | 費用負担額 | 支給額<br>（健保使用欄） |
|---|---|---|---|---|
| | | 月　日 | 円 | 円 |
| | | 月　日 | 円 | 円 |
| | | 月　日 | 円 | 円 |
| | | 月　日 | 円 | 円 |
| | | 月　日 | 円 | 円 |
| | | 月　日 | 円 | 円 |
| | | 月　日 | 円 | 円 |
| | | 月　日 | 円 | 円 |
| 合　計 | | | 円 | 円 |

＊欄が不足する場合には、別紙内訳と記載し別紙内訳を添付してください。

＊この申請書には次の事項が記載された領収書の写を添付して年度内に申請してください。

（インフルエンザ予防接種であること・接種を受けた者・接種を受けた日・費用負担額）

| 振込金融機関名 | | 本支店名 |
|---|---|---|
| 金融機関番号 | 銀行・信用金庫<br>信用組合・農協 | 支店番号 |

| 口座の種類 | 口座番号 |
|---|---|
| 1 普通預金<br>2 当座預金 | |

| フリガナ<br>口座名義 | |
|---|---|

＊振込金融機関は、会社名義の金融機関となります。