(様式5)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 決裁伺 |
|  |  |  |

**予 防 接 種 補 助 金 申 請 書**

　　　 年　　　　月　　　　日申請

|  |
| --- |
| 申　請　者　(被保険者本人) |
| 記号・番号 | 　　　―　 |
| ふりがな | 　　　　　　　　　　　 |
| 氏　　　名(自署) | 　　　　　　　　　　　 |

被保険者にかかる標記について、下記のとおり申し込み致します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種者 | 氏　　名 | 同　　　　　　　上 |
| 続　　柄 | 被保険者本人　　 |
| 事業部・工場 |  |
| 部　　署 |  |
| 受　診　日 | 　　年　　　　月　　　　日 |
| 支払った金額 | 　　　　　　　　　　円 |
| 備　　考 |  |

　　（注）補助金の支給は、月末締めで翌月事業主の給与支給日に月額給与に含めて支給します。

 ＊健保使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 補助承認金額 | 　　　　　　　　　　円　 |

1. 宛名が被保険者名の領収書（原本）を添付のこと。
2. ＊欄　は記載不要。