

常務理事	事務長	担当者	起案年月日	令和	年	月	日
			決裁年月日	令和	年	月	日
補助金支給決定額			円	摘要			

**<任意継続被保険者用>
インフルエンザ予防接種補助金支給申請書**

◎予防接種した方を記入してください。(補助金欄は記入しないでください)

記号	番号	氏名	区分	予防接種日	窓口負担額	補助金
1	9999		本・家	年 月 日	円	円
2	9999		本・家	年 月 日	円	円
3	9999		本・家	年 月 日	円	円
4	9999		本・家	年 月 日	円	円
5	9999		本・家	年 月 日	円	円
合計					円	円

上記のとおりインフルエンザ予防接種補助金を請求いたします。
大阪府電気工事健康保険組合 様

令和 年 月 日

請求者氏名 _____

振込口座	銀行等口座	口座預金種別	預金口座名義人の氏名
	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段 預金口座番号

領収書貼付欄 (貼れない場合は裏面に貼ってください。) ※ 予防接種医療機関が発行した「領収書(原本)」を貼り付けてください。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 【領収書に、下記の記載がない場合は、受付できません。】 ☆ いつ …… 接種した年月日 ☆ どこで …… 医療機関名 ☆ 誰が …… <u>予防接種を受けた方の氏名</u> ☆ 何を …… インフルエンザ予防接種と明記したもの ☆ 予防接種 …… 単価 ☆ 医療機関印を必ず押してもらってください。 </div> 《請求上の注意事項》 予防接種期間 → 令和5年10月1日から令和6年2月29日 補助金請求期限 → 令和6年3月8日(金)までに健保組合必着
