

支 出 伺

年 月 日

レオン自動機健康保険組合 理事長様

申請者（被保険者）

(保険証の記号と番号 ー )

氏名  
\_\_\_\_\_インフルエンザ予防接種補助金申請○申請金額 円 [ 被保険者（本人） : 2,000円  
被扶養配偶者 : 1,000円 ]

○受診者 本人 ・ 配偶者（氏名： ）

\*○を付けてください  
\*本人と配偶者の場合、1枚で申請してください

○受診日 年 月 日

○振込銀行 銀行 本 ・ 支店

口座番号  
\_\_\_\_\_

(カナ) ( )

口座名義  
\_\_\_\_\_

(被保険者の口座を指定して下さい。)

\*振込銀行口座情報は間違いの無い様にご記入お願いいたします。  
\*誤記入を原因として発生する手数料は申請者のご負担となります。

○領収書は原紙を添付のこと(コピーは不可)

&lt;以下健保記入欄&gt;

支	払	決	議	書
同年年月日	令和 年 月 日		理 事 長	常務理事 担 当 者
決裁年月日	令和 年 月 日			
支 払 額		円		