

# インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

中部アイティ産業健康保険組合 御中

令和 年 月 日

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

申請書枚数(例:1/4)

事業所記号: \_\_\_\_\_

No.	被保険者番号	接種者氏名	続柄区分	接種日			窓口支払額	※補助額
				1回法	2回法	点鼻		
1			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
2			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
3			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
4			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
5			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
6			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
7			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
8			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
9			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
10			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
11			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
12			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
13			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
14			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
15			本人・家族	1回法		月 日	円	円
				2回法	1回目	月 日	円	
					2回目	月 日	円	
※健保記入欄								

事業所所在地	〒 _____
事業所名称	_____
事業主名	_____