

# インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

(集団接種用)

中部アイティ産業健康保険組合 御中

平成 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。

事業所記号	接種医療機関名	接種単価	申請書枚数 例:1/4
		円	

	被保険者番号	接種者氏名	接種日		被保険者番号	接種者氏名	接種日
1			年 月 日	21			年 月 日
2			年 月 日	22			年 月 日
3			年 月 日	23			年 月 日
4			年 月 日	24			年 月 日
5			年 月 日	25			年 月 日
6			年 月 日	26			年 月 日
7			年 月 日	27			年 月 日
8			年 月 日	28			年 月 日
9			年 月 日	29			年 月 日
10			年 月 日	30			年 月 日
11			年 月 日	31			年 月 日
12			年 月 日	32			年 月 日
13			年 月 日	33			年 月 日
14			年 月 日	34			年 月 日
15			年 月 日	35			年 月 日
16			年 月 日	36			年 月 日
17			年 月 日	37			年 月 日
18			年 月 日	38			年 月 日
19			年 月 日	39			年 月 日
20			年 月 日	40			年 月 日

※補助金接種単価(上限1500円)	円 × 接種人数	人 = 補助金合計額	円
-------------------	----------	------------	---

事業所所在地 〒	
事業所名称	(印)
事業主名	

添付: 総括表  
領収書(原本)  
医療機関が証明した接種者一覧表(請求明細書等、接種者が記載された医療機関が証明したもの)