

伺	令和 年 月 日						常務理事	事務長	室長	課長	課長代理	係員
支給決議書	支給決定金額 (単位:円)											
	支給決定内訳	支給限度額(1名につき)					単価	人員	金額	円		
	インフルエンザ 予防接種	1,500円					円	名			円	
	事業所支払額(領収証書金額)						合計		名		円	

* 上記太枠内は記入しないでください。

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

東京都土木建築健康保険組合理事長 殿

事業所所在地

事業所名

(フリカ`ナ)

申請者名

次のとおりインフルエンザ予防接種を実施したので申請します。

受診人員	名											
受診年月日	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日			
健診機関名	他 件											

補助金の振込先

金融機関名		本・支店名		種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
銀行コード*		支店コード*		普通 当座		

※申請する際の注意事項

- この申請書は東振協契約外機関で受診した場合の補助金申請用紙です。
- 受診後、この申請書にインフルエンザ予防接種者名簿及び医療機関発行のインフルエンザ予防接種代であることが明記されている領収証原本(銀行の振込書、内訳のないレシートは不可)を添付し、事業所単位でまとめてすみやかに健保組合へ提出してください。

インフルエンザ予防接種者名簿(補助金申請用)

事業所記号

保険証番号	予防接種者氏名	続柄	生年月日	性別	補助金額*
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	
		本人家族	昭和・平成 年 月 日	男性 女性	

※太字内のみご記入ください。

枚目 / 枚中