

常務理事	課長	係長	係

『インフルエンザ予防接種』

### 補助金支給申請書

令和 年 月 日

東和銀行健康保険組合理事長 殿

申請者

保険証

記号

番号

被保険者氏名

印

下記のとおり、インフルエンザ予防接種をしましたので「補助金」を申請します。

#### 【記】

1. 補助金申請 \_\_\_\_\_ 円（支給限度額はひとり2,000円）

2. 接種者氏名(続柄)・接種年月日・医療機関・費用  
(続柄欄は被保険者との関係(本人・妻・子・等)を書いてください。)

接種者氏名	続柄	接種年月日	医療機関	費用
		令和 年 月 日		円
		令和 年 月 日		円
		令和 年 月 日		円
		令和 年 月 日		円
		令和 年 月 日		円

※1 領収書は原本です。なるべく一枚一枚が確認できるように糊付でお願いします。  
(予防接種証明書は添付しないでください。)

※2 インフルエンザ予防接種補助金は、年度(4月から3月)に各人1回です。