

常務理事	事務長	課長	係長	担当者	交付額
					× =
					円 名 円

※健保組合で使用

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

令和 年 月 日

千葉県トラック健康保険組合理事長 様

名 称

事業所 所在地

代表者

申請者氏名

実施医療機関名		※複数ある場合は、代表機関を記入			
受取金融機関	銀行 本店		普通・当座	口座番号(7桁)	
	信用金庫 信用組合 農協 支店		口座名義(カタカナ)		
接種者	記号	番号	本家区分	氏名	接種日
			本人・家族		月 日
			本人・家族		月 日
			本人・家族		月 日
			本人・家族		月 日
			本人・家族		月 日
			本人・家族		月 日
			本人・家族		月 日
			本人・家族		月 日
			本人・家族		月 日

〈注意事項〉

- ① インフルエンザ予防接種を実施した医療機関等が発行した領収書等の写しを添付して下さい。
※領収書等にインフルエンザ予防接種の明記がない場合は、接種したことが分かる明細等の写しも必要
- ② 1人年度内1回、補助金額は1,000円です。
 接種費用が1,000円未満の場合は実費を補助します。

受付印	受付番号