健保記入備考欄

インフルエンザ予防接種　補助金支給申請書

保険証記号	1355	事業所名称	東貨運送㈱
事業所の所在地（任継は住所）	〒　160　―　0004 東京都新宿区四谷1-23		
担当者氏名（任継は被保険者氏名）	東貨　一郎	連絡先電話番号	03-3359-8162

受診者名簿

＊2,000円未満で2回接種の場合は2枚まとめて請求してください

保険証番号	接種を受けた方の氏名	※小学生以下は接種回数に☑	保険証番号	接種を受けた方の氏名	※小学生以下は接種回数に☑
111	四谷　太郎	☑1回のみ ☐2回目あり			☐1回のみ ☐2回目あり
111	四谷　花子	☐1回のみ ☑2回目あり			☐1回のみ ☐2回目あり
222	新宿　正	☐1回のみ ☐2回目あり			☐1回のみ ☐2回目あり
		☐1回のみ ☐2回目あり			☐1回のみ ☐2回目あり
		☐1回のみ ☐2回目あり			☐1回のみ ☐2回目あり
		☐1回のみ ☐2回目あり			☐1回のみ ☐2回目あり
		☐1回のみ ☐2回目あり			☐1回のみ ☐2回目あり
		☐1回のみ ☐2回目あり			☐1回のみ ☐2回目あり
		☐1回のみ ☐2回目あり			☐1回のみ ☐2回目あり
		☐1回のみ ☐2回目あり			☐1回のみ ☐2回目あり

※振込先は事業所の口座になります（任意継続被保険者は個人の口座になります）

補助金振込先銀行口座					
○○	銀行 信金	△△	支店	当座・普通 No. 1111	
フリガナ	トウカウンソウ（カ				
口座名義	東貨運送㈱				

（注）・接種に要した費用の領収明細書（インフルエンザ予防接種と明記、コピー可）を添付の上提出してください。
・フルミストは補助金対象外です。
・予防接種済の通知書は領収書の代用はできません。（領収金額が記載されている場合は可）
・当年10月から翌1月末までに予防接種を受けた方が対象です。