インフルエンザ予防接種補助金申請書 （任意継続者用）

年　　月　　日

保険証	記号		被保険者名	
	番号			

インフルエンザ予防接種をしましたので、領収証を添付して補助金の申請をいたします。

接種者氏名	年齢	回数	接種日	医療機関名	金額	補助額
				合　　計		

【補助金振込先指定口座】

金融機関名		支店名	
当座　・　普通	口座番号		

＜注意事項＞

＊太線ワク内を記入し、領収証を添付のうえ、日新製糖健康保険組合へ提出してください。

＊領収証（明細書）は 「接種者、接種日、インフルエンザ予防接種」であることが明記されたものをご提出ください。

お問い合わせ　日新製糖健康保険組合
電話 03－3668－1140
FAX 03－3668－1141

【健保使用欄】

常務理事	事務長	担当

決　定　金　額
円