

インフルエンザ予防接種費用補助申請書

健康保険組合の保健事業費補助としてインフルエンザ予防接種費用の一部負担を申請します。

所属		従業員番号	
記号一番号	—	氏名	
予防接種を受けた人	氏名		続柄
	氏名		続柄
申請理由 (いずれかに○をつけてください)	<ul style="list-style-type: none">8/1以降に加入したため補助券を紛失したため接種時に64歳のため海外赴任中のため <p>※接種補助券がある方は、この申請書は利用せず「補助金申請書」(接種補助券裏面)をご使用ください。</p>		

※ 2,500円を1回のみ補助します。(予防接種費用が2,500円未満の場合はその額まで)

※ 補助金は毎月20日に締切り、翌月給与にて支給。任意継続の方は翌月末に口座へ振込。

※ 受けた人の氏名が記載された領収書(原本)を添えて提出してください。

申請期限：令和6年2月9日(金)必着

(健保使用欄)



常務理事	事務長	担当