

(別紙1)

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

(各社の指定する取りまとめ部署へ提出し、直接健保へは提出しないでください)

被保険者の記号番号	○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○ ○	事業所名	株式会社 ○○○○		
被保険者氏名	健保 太郎	社員コード	○○○○○○○○		
接種者氏名 * ベイシアグループ 健康保険組合の 加入員に限る	健保 太郎	被保険者 との続柄	本人	接種 年月日	令和 ○年 ○月 ○日
	健保 花子	被保険者 との続柄	妻	接種 年月日	令和 ○年 ○月 ○日
	健保 次郎	被保険者 との続柄	子	接種 年月日	令和 ○年 ○月 ○日
		被保険者 との続柄		接種 年月日	令和 年 月 日
		被保険者 との続柄		接種 年月日	令和 年 月 日
接種料金	1回接種 2人 ○○○○円 2回接種 1人 ○○○○円 合計 3人 ○○○○円		申請額	(1人当り上限2000円、2000円以下は実費額) ¥ ○○○○ 円	
接種医療機関名	○○○○病院				
接種医療機関の所在地	○○県○○市○○町○○番地				
インフルエンザ予防接種補助金の支給を申請します。 令和 ○年 ○月 ○日 被保険者の住所 ○○県○○市○○町○○番地 被保険者の氏名 健保 太郎 (印) ベイシアグループ健康保険組合理事長 様					
<この欄に領収書を貼って下さい>					