

神栄健康保険組合 御中

申請年月日 年 月 日

今回支給決定額	円
前回支給額	円
支給日	年 月 日

常務理事	事務長	担当者

インフルエンザ予防接種 補助金申請書

健康保険被保険者証の記号・番号			被保険者氏名		
記号		番号			
被保険者住所					
会社名					
検診を受けた者の氏名	続柄	1回目接種日	実施医療機関名	接種費用 2回接種の場合は合計	健保使用欄 (補助額)
		2回目接種日			
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
合 計				円	

<添付書類>

- 利用内容がわかる領収書(コピー)

電子申請「楽々Workflow」を利用できない被保険者や任意継続者のみ、この申請書を利用して申請してください。

※任意継続被保険者のみご記入下さい。

任意継続者は、以下のご指定口座に振り込みます。

金融機関名	支店名
銀行	支店
口座番号	口座名義
No	

受領印