

# インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

(集団接種用)

中部アイティ産業健康保険組合 御中

令和 年 月 日

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金の支給を申請いたします。

事業所記号	接種医療機関名	接種単価	申請書枚数 例:1/4
		円	

	被保険者番号	接種者氏名	接種日		被保険者番号	接種者氏名	接種日
1			月 日 21				月 日
2			月 日 22				月 日
3			月 日 23				月 日
4			月 日 24				月 日
5			月 日 25				月 日
6			月 日 26				月 日
7			月 日 27				月 日
8			月 日 28				月 日
9			月 日 29				月 日
10			月 日 30				月 日
11			月 日 31				月 日
12			月 日 32				月 日
13			月 日 33				月 日
14			月 日 34				月 日
15			月 日 35				月 日
16			月 日 36				月 日
17			月 日 37				月 日
18			月 日 38				月 日
19			月 日 39				月 日
20			月 日 40				月 日

※補助金接種単価(上限1500円)                      円 × 接種人数                      人 = 補助金合計額                      円

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主名

添付: 総括表  
 領収書(原本)  
 医療機関が証明した接種者一覧表(請求明細書等、接種者が記載された医療機関が証明したもの)