

☆＝線内に必要事項を記入し提出下さい。

補助申請書

インフルエンザ予防接種補助金申請書

提出日	年 月 日		
事業所名			
担当者名		電話番号	
集団実施日		実施人数	
補助金合計	(1,000円/1人)		
【補助金振込先】 指定名義の口座に入金します(銀行の貯蓄口座は不可)			
銀行名	支店名	種別	口座番号(7桁で記入)
		普通 当座	
口座名義(漢字)		口座名義(カタカナ)	
請求の回数	年度内に1回のみ		
請求先	〒174-8560 東京都板橋区舟渡4-10-1 日本金属健康保険組合 宛に社内便又は郵送で提出してください。		
添付書類	本申請書に必要事項を記入のうえ、 ①予防接種の事実確認書類(予防接種の名称・受診者がわかるもの) ②領収書(コピー可)を添えて上記までご送付下さい。 ※予防接種費用が2,500円以下の場合には非対象 (高齢者の公的補助金対象者は当健保の制度対象外) ※領収書を添付する場合は 受診者及びインフルエンザ予防接種の事実がわかるもののみ可		

備考	
----	--