

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被 保 険 者 証	記 号	74-	番 号	
	接種を受けた人の氏名	接種を受けた日	接種に要した費用	請 求 金 額
1		平成 年 月 日	円	円
2		平成 年 月 日	円	円
3		平成 年 月 日	円	円
4		平成 年 月 日	円	円
5		平成 年 月 日	円	円
合 計			円	円
上記のとおり予防接種に要した費用の領収書を添えて申請いたします。 平成 年 月 日 組合員 住所 氏名 印 東京芸能人国民健康保険組合 殿				
送金 指定先	銀行名	銀行		
	支店名	支店	支店番号	
	口座種類	普 通 ・ 当 座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			
日中の連絡先電話番号				

添付書類：領収書（本物）

ご家族で申請する場合、一人一枚のフルネーム入り・但し書きにはインフルエンザ予防接種代と記載された領収書を添付して下さい。

補助金の額 組合員・家族・・・2, 800円 （1人1回のみ）

ただし、インフルエンザに要した額が補助金額に満たない場合は、実際にかかった費用額を補助金の額とします。