

## インフルエンザ予防接種補助金申請書

担当者	事務長	常務理事

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 提出

被保険者証 記号・番号	1 — 1234	被保険者 氏名	中日 一郎
		日中連絡可能な電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
利用者氏名	続柄	実施日	
中日 一郎	本人	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
中日 愛子	妻	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
中日 太郎	長男	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
中日 花子	長女	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	

- 接種期間は10月1日～12月末まで、それ以外は無効です。
- 接種後、速やかにご提出ください。申請書の提出期限は翌年1月末日までです。
- インフルエンザ予防接種と明記されている領収書の原本(コピーやレシートは不可)を添付してください。
- 1世帯1枚で申請してください。
- 対象者1人につき、期間内で1回のみ1,000円までを補助  
(幼児など、2回接種が必要な場合も1回分のみ補助)

領収書添付

中日新聞社健康保険組合 殿