任意継続被保険者用

※ 補助金支給決定額	１，５００円　×　　名 円　×　　名 円　×　　名 円　×　　名									円	
		本			家						

※上記欄は記入しないでください。

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

大阪薬業健康保険組合　理事長　様

下記の被保険者及び被扶養者がインフルエンザワクチンを接種しましたので補助金の支給を申請します。

【申　請　者】

健康保険の	記　号		番　号	
被保険者の	氏　名			
	住　所	〒　　－		
日中連絡のとれる電話番号 ※必ずご記入ください。	自宅・勤務先（　　）　－		携　帯（　　）　－	

接種を受けた方の氏名	続　柄	実施医療機関等名称	接　種　年　月　日	接種に要した額
	本　人		年　月　日	円
	家　族		年　月　日	円
	家　族		年　月　日	円
	家　族		年　月　日	円

１．領収書原本を必ず添付してください。
２．予防接種法により市区町村等から公費で補助が受けられる場合は公費が優先します。

【振込先金融機関】

金融機関名	銀行・信金 信組・農協 （銀行コード　　）	支店名	本店 支店 （支店コード　　）
種　別	普通　・　当座	口座番号	
（フリガナ） 被保険者の口座名義			

組合受付印

領収書添付（裏面に貼っていただいても結構です。）

のりしろ

大阪薬業健康保険組合