

任意継続被保険者用

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

※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	xxx	番号	xxx		
被保険者の	氏名	薬業 太郎				
	住所	〒540-0037 大阪府中央区平野町3-2-5				
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	(06) 1234-5678	携帯	(090) 1234-5678
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		
薬業 太郎	本人	◇◇◇病院	令和6年9月20日	2,500円		
薬業 花子	家族	◇◇◇病院	令和6年9月20日	3,000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	支店名	本店 △△△ 支店
	(銀行コード ○○○○)		(支店コード △△△)
種別	普通・当座	口座番号	0123456
(フリガナ) 被保険者の口座名義	ヤクギョウ タロウ 薬業 太郎		



領収書添付（裏面に貼っていただいても結構です。）

の	り
の	ろ