

(何年月日) 令和 年 月 日

支給決議書	常務理事	事務長	担当者	備考欄							
	資格関係	取得	昭和・平成・令和	年 月 日	証NO			支給金額			
		喪失	昭和・平成・令和	年 月 日							

この線より上は申請者において記入しないこと

- <注意事項> **※一読後、必ず☑チェックを付けて下さい。未記入の場合は返却します。**
- 接種当日に当健保加入資格が無い方については支給対象外です。
 - 医療機関の領収書(コピー可。接種者氏名・金額・「インフルエンザ予防接種」の記載が有るもの)必須
 - 申請は、1回/人・年、補助額は、実費。但し、上限2,000円となります。
 - 紙申請を行うとセレクトプランのポイント申請は出来ません。
- <確認事項>
- WEB申請**(セレクトプランもしくはKosmoWeb)が**出来る環境がないため**、紙での申請をいたします。

インフルエンザ予防接種 補助金支給申請書

被保険者の記号番号	—	会社名	社員No.		
利用者	氏名	続柄 ※長男・長女など	接種年月日	医療機関への支払額 ※2回接種の場合は合計額	補助申請額
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
在籍者は給与振込となります。		令和 年 月 日			
退職者は振込先を○で指定ください。		被保険者の住所・氏名			
1. 銀行 銀行 支店 (口座種別) (口座番号)		〒 —		住所 _____	
				(TEL _____)	
2. 郵便局 (店番) (番号)		氏名 _____			