

(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。

代筆・代理申請不可

インフルエンザ予防接種 補助金申請書

保険証上部に記載の記号・番号を記入

在籍事業所・社員Noを記入

被保険者の記号番号	100 - 1234567	会社名	帝人株式会社		社員No.	12345
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	帝人 太郎	本人	R 4年10月5日	3,600	2,000
	2	帝人 花子	妻	R 4年10月5日	1,500	1,500
	3	帝人 ふく	長男	R 4年10月5日 R 4年11月9日	5,000	2,000
	4	インフルエンザ予防接種を受けた内容 (氏名・続柄(長男・長女など)・接種年月日・医療機関への支払額・補助申請額 を記入)				
	5					
6						

在籍者は給与振込となります。
退職者は振込先を○で指定ください。

令和 5 年 1 月 12 日

被保険者の住所・氏名

1. 銀行

〒 791 - 8530

銀行 〇

在籍者は、給与振込みとなります。
退職者は 1又は2. を選択(本人名義口座)

(口座種別) (口座番号)

愛媛県松山市北吉田町 77番地

089-971-3651

2. 郵便局

(店番) (番号)

氏名

帝人 太郎

被保険者の住所・氏名