（伺年月日）　令和　　年　　月　　日

支給決議書	常務理事		事務局	備考欄		
	資格関係	取得	平成・令和　年　月　日	記号・番号	支給金額	
		喪失	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・「ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種」**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

記号・番号	―	会社名		社員番号	

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			令和　年　月　日	円	円
2			令和　年　月　日	円	円
3			令和　年　月　日	円	円
4			令和　年　月　日	円	円
5			令和　年　月　日	円	円
6			令和　年　月　日	円	円

振込先指定口座 ※資格喪失者のみ記入	※在籍者は給与振込、任意継続加入者は、加入時に届出された口座への振込となりますので記入不要です。																	
	[銀行・信用金庫・農協]（コード　　）																	
	[本店・支店・出張所]（コード　　）																	
	貯金種別	☑ 普通 □ 当座	口座番号								口座名義	※カタカナで記入						
			郵政番号	1				0	郵政番号									1

上記のとおり請求いたします。

帝人グループ健康保険組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日

被保険者（請求者）

〒　　―

住　所

氏　名

TEL：　　―　　―