

様式第1号

決 裁 欄	常務理事	事務長	係	伺 年 月 日	平成	年	月	日
				支 給 決 定 額				円
	備 考							

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書 【任意継続】

平成 年 月 日申請

三岐しんきん健康保険組合 御中

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金の支給を申請いたします。

被 保 険 者	事業所名	任 意 継 続	記号	30	番号	
	住 所	〒				
	氏 名	Ⓜ				

接 種 さ れ た 方	接種者氏名	生年月日	続柄	接種年月日		接種費用
			昭和・平成 年 月 日		1回目	年 月 日
2回目					年 月 日	円
		昭和・平成 年 月 日		1回目	年 月 日	円
				2回目	年 月 日	円
		昭和・平成 年 月 日		1回目	年 月 日	円
				2回目	年 月 日	円

- ※ 申請書の太枠内は洩れなく記入してください。
- ※ 領収書（コピー可）を必ず添付してください。
- ※ ご記入いただいた個人情報は、補助金支給以外の目的で使用することはありません。

受付日付印

三岐しんきん健康保険組合  
〒509-0203 岐阜県可児市下恵土2885-1  
TEL 0574-61-2650 FAX 0574-61-2652

平成30年11月1日 4版