

インフルエンザ予防接種補助金申請書

| | | | | | |
|-------|----------|-------------------|--|------------------------|--|
| 申請日 | 令和 年 月 日 | 会社名 | | 内線番号 (社内勤務の方) | |
| | | 店舗名 (販売スタッフの方) | | 店舗直通電話番号 (販売スタッフの方) | |
| 保険証記号 | | 保険証番号 | | 被保険者氏名 | |

| | 接種を受けた方の氏名 | 接種日 | 接種に要した費用 |
|-----------------------|------------|----------|----------|
| 1 | | 令和 年 月 日 | 円 |
| 2 | | 令和 年 月 日 | 円 |
| 3 | | 令和 年 月 日 | 円 |
| 4 | | 令和 年 月 日 | 円 |
| 5 | | 令和 年 月 日 | 円 |
| 6 | | 令和 年 月 日 | 円 |
| ※合計金額の記入もれに注意してください。→ | | | 合計 円 |

※記入しないでください。

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

☆下欄は支給時に退職されている方のみご記入ください。

| | | | | | | |
|-------|----|------|--------------|------|--------------|--|
| 金融機関名 | | 銀行金庫 | 口座番号 | | 連絡先 (携帯等) | |
| 支店名 | 支店 | 預金種別 | 1:普通 2:当座 | 口座名義 | フリガナ | |

1. 対象となる**接種期間**は、毎年10月1日～翌年1月31日の間です。
2. 申請**受付期間**は、毎年11月1日～翌年2月末日の間です。
3. **領収証の原本**を必ず添付してください。
※接種を受けた方の個人名で発行してもらってください。
※“インフルエンザ”の予防接種費用である旨を記載してもらってください。
4. 申請は世帯分を極力まとめて行っていただきますようお願いいたします。
5. 提出先：ジャヴァグループ健康保険組合

| | | | | |
|------|-----|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 確認者 | 担当者 | 受付印 |
| | | | | |