

	常務理事	係	係
支給額	円		

インフルエンザ予防接種補助金請求書

記号		番号		被保険者 氏名			
社員コード							
所 属							
受診者名	続柄	年齢	受診者名	続柄	年齢	自己負担額 (医療機関への支払額)	
						円	

*領収書を貼付してください

・領収書は、必ず予防接種を受けた方の氏名が記入されたものを添付して下さい。

・請求書は、本人・家族を1枚で請求してください。

・補助金は被保険者4,000円・被扶養者2,000円までの実額(ひとり1回の補助)