インフルエンザ予防接種補助金請求書

　下記のとおり、インフルエンザ予防接種を利用しましたので、利用料金領収書(写)添えて

補助金を請求いたします。

　なお、請求金額は、補助金振込依頼書の口座名義人に振込願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記号・番号 | ９９９－ | フリガナ |  |
| 被保険者  氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　　　） | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| インフルエンザ予防接種 | | | 補助金限度額(1人当り) １，５００円 | |
| 実施人数 | 人 | 請求金額 | | 円  ※支払額が補助金限度額に満たない  場合はその支払額 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者名簿 | 受診年月日 | 氏　　名 | 実施機関名称 |
| ・　 ・ |  |  |
| ・　 ・ |  |  |
| ・　 ・ |  |  |
| ・　 ・ |  |  |
| ・　 ・ |  |  |
| ・　 ・ |  |  |

令和　　年　　月　　日

　請求のインフルエンザ予防接種実施補助金については、下記口座へ振込願います。

記

　　（フリガナ）

　　　　　　　　　　　　　銀　　行　　　　　　　　　　支　店

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　出張所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（いずれかに　　してください）

　　　　　　その他（　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　記号　　　　　　　番号

請求者

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（注）　請求者と口座名義人が相違する場合は、別に委任状が必要です。

大阪府電設工業健康保険組合(7.4)