

季節性インフルエンザ予防接種補助金申請書(任意継続)

被保険者証	記号		番号	
被保険者	氏名			
	住所			
	電話番号			

接種者氏名(被保険者)	接種回数	接種費用	
	1回目 2回目		組合使用欄
			支給額
接種者氏名(家族)	接種回数	接種費用	
	1回目 2回目		
	1回目 2回目		
	1回目 2回目		
	1回目 2回目		

回数に○を記入してください。

支給額合計	円
-------	---

被保険者の振込先指定口座

金融機関名	
支店名	
口座番号	(普通)
口座名(フリガナ)	

常務理事	事務長	担当者

受付印

iDA健康保険組合