

季節性インフルエンザ予防接種補助金申請書（任意継続/家族用）

※ご本人様は会社にご申請ください。

被保険者証	記 号		番 号	
被保険者 (本人)	氏 名			
	住 所			
	電話番号			

※記入しないでください

接種者氏名	年齢	受診日	接種回数	接種費用	組合使用欄 支給額
	歳		1回目		
	歳		2回目		
	歳		1回目		
	歳		2回目		
	歳		1回目		
	歳		2回目		
	歳		1回目		
	歳		2回目		

支給額合計		円
-------	--	---

【被保険者の振込先指定口座】

※口座名は上記の被保険者（本人）と同じでお願いいたします

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

領収書添付書

保険証記号-番号

/ 枚目

領収書は申請リスト順に
1つにまとめて
ホッチキスで留めてください！

裏面に「保険証の記号・番号」を
記入してください。

(例：記号 9999 番号 12345)

(見本)

山田 太郎 様

領収書

金 3,500 円

但し、インフルエンザ予防接種代として

領収日令和〇 年〇月〇日
〇〇〇〇〇〇病院

▶接種期間：令和8年10月1日～令和9年1月31日まで。

▶申請期間：令和9年2月15日まで。