

常務理事	事務長	課長	係長	担当者	交付額
					円 名 円
					× =

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

令和 年 月 日

千葉県トラック健康保険組合理事長 様

名 称
事業所 所在地
代 表 者
申請者氏名

実施医療機関名							
実施年月日							
支払先融関機	銀行 本店 信用金庫 信用組合 農 協 支店	普通・当座		口座名義人			
		口座番号(7桁)		フリガナ			
接種者	記号	番号	本家区分	氏名	性別	年齢	
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				

〈注意事項〉

- ① インフルエンザ予防接種を実施した医療機関等が発行した領収書等の写しを添付して下さい。
※領収書にインフルエンザ予防接種の明記がない場合は、接種が確認できる明細等の写しも添付して下さい。
- ② 当組合補助金額は上限1,000円です。
 接種費用が1,000円未満の場合は実費を補助します。
- ③ 接種者を記入しきれない時は、適宜用紙を補って記入して下さい。

受付印	受付番号