常務理事	課長	担当者	担当者

支給決定金額							

製紙工業健康保険組合
① インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	
請求者氏名 (被委任者)	

※請求者氏名は請求者が事業主以外の場合に記入してください。

担当者氏名 連絡先	担当者氏名: TEL(　　　)　　－

接種人数	名

補助金申請額	円

【振込先金融機関】

銀行 信用金庫　　　　　店	当座 ・ 普通
口座番号	(フリガナ) 口座名義

※請求者(被委任者)の口座をご記入願います。

○請求方法:「令和７年度インフルエンザ予防接種補助金の実施について」をご確認ください。

※別紙連名簿にご記入のうえ、領収証を貼付して提出してください。
※別紙連名簿の氏名がゴム印の場合は必ず捺印をお願いします。(事業所精算の場合は捺印不要)
※事業所ごととりまとめ申請願います。
※補助金は、1名につき1回限り上限1,000円です。予防接種額が1,000円未満の場合は実費を補助します。
※補助金の対象者は、接種の日に製紙工業健康保険組合の被保険者及び被扶養者の資格がある方です。
※対象接種期間　令和7年10月1日 ～ 令和8年1月31日
　補助金申請期限　令和8年2月10日必着

② インフルエンザ予防接種
領収証貼付用紙

こちらの用紙は貼付用紙としてお使いください。

※領収証などは連名簿の順番で重ならないように貼付してください。

※裏面の使用も可能です。

※枚数に応じてA4の用紙に貼付願います。

※領収証等は折らずに貼付してください。

※領収証のインフルエンザ予防接種の記載有無をご確認ください。

※縦向き・横向きは気にせずにご使用ください。

製紙工業健康保険組合

③ 連　名　簿

保険証記号		
事業所名称		／　　枚中

↓連名簿の枚数を記入

●接種した方

インフルエンザ予防接種補助金の受領を、事業主・事業所代表請求者に委任します。

※すべての項目について必ずご記入ください。

※個人支払いで自署でない場合（ゴム印等）は捺印願います。

	保険証番号	氏名	印（必要時）	種別		保険証番号	氏名	印（必要時）	種別
1				本人・家族	21				本人・家族
2				本人・家族	22				本人・家族
3				本人・家族	23				本人・家族
4				本人・家族	24				本人・家族
5				本人・家族	25				本人・家族
6				本人・家族	26				本人・家族
7				本人・家族	27				本人・家族
8				本人・家族	28				本人・家族
9				本人・家族	29				本人・家族
10				本人・家族	30				本人・家族
11				本人・家族	31				本人・家族
12				本人・家族	32				本人・家族
13				本人・家族	33				本人・家族
14				本人・家族	34				本人・家族
15				本人・家族	35				本人・家族
16				本人・家族	36				本人・家族
17				本人・家族	37				本人・家族
18				本人・家族	38				本人・家族
19				本人・家族	39				本人・家族
20				本人・家族	40				本人・家族

接種した方の合計人数	名　（本人　　名　／　家族　　名　）

総計　接種した人数　　名（本人　　名　／　家族　　名）