

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

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

被保険者証の	記号		番号	
請求者氏名 (被保険者氏名)				
請求者連絡先		住所 〒 ー TEL () ー		

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	口座名義	(フリガナ)

※請求者（被保険者）の口座をご記入願います。

◆接種者氏名（接種した被保険者・被扶養者氏名を記入）

	保険証の番号	氏名	種別	備考
1			被保険者・被扶養者	
2			被保険者・被扶養者	
3			被保険者・被扶養者	
4			被保険者・被扶養者	
5			被保険者・被扶養者	

- ※ 世帯ごと請求してください。（被保険者の口座にお振込いたします。）
- ※ 領収証(接種者の氏名及びインフルエンザ予防接種代と記載されているもの)を必ず貼付してください。※コピー可
- ※ 上記の記載がない場合は明細書も併せて貼付してください。
- ※ レシートの場合は、接種証明書も必ず貼付してください。※コピー可
- ※ 補助は、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。
- ※ 接種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が対象です。
- ※ 対象接種期間 令和7年10月1日～令和8年1月31日
- 補助金請求期限 令和8年2月10日必着

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。

※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。

※領収証の接種者氏名・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。