

インフルエンザ予防接種料補助金交付申請証明書(事業所用)

令和 年 月 日

島田榛北勤労者福祉共済会 会長 様

インフルエンザ予防接種料の補助金交付申請にあたり、下記内容を確認したことを証明します。

事業所番号

--	--	--	--	--

事業所名 _____

代表者名 _____ (印)

No.	会員番号	予防接種料(円)	事業所又は健康保険組合負担額(円)	会員負担額(円)	予防接種日	受診医療機関名
	氏名					
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
健康保険組合名称		※ 健康保険組合より負担がある場合				

- 注) 1 この用紙は、予防接種料の一部を事業所又は健康保険組合より負担がある場合に使用します。
 2 領収書(コピー可)を添付してください。
 3 予防接種を受診された方は、必ず「様式第1-2号 インフルエンザ予防接種料補助金交付申請書」を提出してください。
 4 不明な点は、共済会事務局へお問い合わせください。 ☎ 36-7733

決 済	受 付