

本件決定してよろしいか。

(様式1 事業所用)

常務理事		担当 資格照合	起案年月日				備考
支給決定額						備考	本人 名 円
							家族 名 円

(事業所⇒健保組合)

令和 元年度

## インフルエンザ予防接種<補助金>請求書

事業所記号( 789 )

請求者及び受領者	<p>下記のとおりインフルエンザの予防接種を受けましたので費用を請求します。</p> <p>令和 元年 11月 15日</p> <p>事業所名称 ○○○○株式会社</p> <p>事業主氏名 保健 太朗</p>
----------	--

※上記申請者と受領者が異なる場合のみ記入してください。  
インフルエンザ予防接種請求書の受領を

世帯(番号)一回にまとめて請求ください(被保険者が事業所で集団接種した場合を除く)

に委託します。

番号	接種を受けた方の氏名	区分		年齢	13歳未満で2回接種分を請求する場合は、○印	接種代金(合計)	備考	決定金額(健保記入欄の為、記入しないでください)
		本人	家族					
1	連合 一郎	本人	家族	43		3,600		
1	連合 花子	本人	家族	42		3,400		
1	連合 健太	本人	家族	5	○	6,000		13歳未満で2回接種分を請求する場合は、合計額をご記入下さい。
3	健保 次郎	本人	家族	52		2,800		
3	健保 三郎	本人	家族	19		3,500		
4	組合 太朗	本人	家族	48		3,000		
4	組合 康子	本人	家族	10		4,000		
		本人	家族					
		本人	家族					
		本人	家族					
		本人	家族					
		本人	家族					

番号の若い順にまとめてご記入下さい。

13歳未満で2回接種を受けても1回分のみ請求する場合や2回分請求する必要がない場合(1回の接種代金が補助上限3,500円を超える場合など)は、○印はご記入しないでください。この場合は、接種代金は1回分をご記入ください。