

インフルエンザ予防接種補助金申請書(任意継続者用)

申請日 99 年 99月 99日

群馬県自動車販売健康保険組合
理 事 長 星 崎 功 明 殿

インフルエンザ予防接種を実施しましたので補助金を申請します。

(人数および申請額)

接種した人数	2 人
補助金申請額	2,000 円

(申請者)

保険者証番号	8001 - 9999	
被保険者名	健保 太郎 (印)	
振込先	金融機関名	〇〇〇銀行
	本(支)店名	〇〇〇支店
	預金種別	普通・当座
	口座番号	99999999
	口座名義(フリガナ)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	口座名義 (被保険者と同じ)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

(注意事項)

1. 「領収書(複写可)」を必ず添付して下さい。
2. 領収書は返却いたしません。
3. 補助金額は1人1,000円です。