

## 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 年 月 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	人
補助金申請額	円

(申請者)

保険者証番号	8001 -	
被保険者名	Ⓔ	
振込先	金融機関名	
	本(支)店名	
	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	口座名義(フリガナ)	
	口座名義 (被保険者と同じ)	

(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。