

インフルエンザ予防接種補助金 請求書

保険証記号	1			※太枠内をご記入ください	
事業所名称	XX株式会社				印
事業主名	代表取締役社長 OOOO				
担当者	部署名	総務部	担当者名	△△△	
連絡先	TEL	012-345-6789	Fax*	098-7765-4321	
接種した人数	被保険者	100	人	被扶養者	50 人
請求額	150,000			円	

※振込予定日の連絡が必要な場合に限りご記入ください

↑接種した人数×¥1,000

必ず事業所代表者公印を捺印して下さい

請求書送付先

〒424-0942 静岡県静岡市清水区入船町8-20 鈴与健康保険組合 インフルエンザ予防接種補助金係

◆ご注意ください◆

対象接種期間：本年度10月1日～本年度12月31日
 (補助金請求期限：本年度1月19日 鈴与健康必着)

- 補助金請求書と連名簿は毎月まとめて末日までに鈴与健康保険組合に提出してください。翌月末に事業所宛に振込をいたします。
- 請求期限間近の請求は大変混みあうことが予想されます。月ごとの分散請求にご協力をお願いします。
- 不足書類のないよう、必ずまとめて送付をしてください。
 - インフルエンザ補助金請求書
 - 連名簿データ
 ※連名簿データは保険証番号の若い順に提出してください
- 請求書記載内容に不備がある場合は返戻させていただくことがあります。お送りいただく前に今一度ご確認ください。

健保記入欄

科目コード 5-1-4 (未定)

支給決定金額
¥

支払予定日
平成 年 月 日