

インフルエンザ予防接種補助請求書

平成 年 月 日

保険証記号・番号		被保険者氏名	印
事業所名			
被保険者の住所			
予防接種受診者名	(続柄)	(続柄)	
	(続柄)	(続柄)	
	(続柄)	(続柄)	
	(続柄)	(続柄)	
	(続柄)	(続柄)	
受診医療機関名及び住所・電話番号			
電話 () —			

注 意 事 項

- ①予防接種の領収証(受診者の名前が記載されているもの)の原本を添付して下さい。
(レシートは不可)
- ②接種1人につき2,000円の補助です。

委任欄			
補助金の受領を下記のものに委任します。			
平成 年 月 日			
被保険者氏名			印
住所			
委任された者の氏名及び印			印