

事業所⇒健保

## インフルエンザ予防接種補助申請書

予防接種の補助金を下記の通り請求いたします。

令和 年 月 日

トータルビューティー健康保険組合 御中

事業所の名称	⑩
事業所所在地	
事業主の氏名	
電話番号	

被保険者証の番号	受診者名	金額	被保険者証の番号	受診者名	金額
	本家			本家	
	本家			本家	
	本家			本家	
	本家			本家	
	本家			本家	
	本家			本家	
	本家			本家	
	本家			本家	
	本家			本家	
	本家			本家	
	本家			本家	
	本家			本家	
	本家			本家	
	本家			本家	

対象者	人数	請求金額合計	領収書添付	備考
被保険者	名	円	通	
被扶養者	名	円	通	
計	名	円	通	

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店		預金種別	1.普通 2.当座 3.その他
	口座 番号	口座名義人 カタカナで記入				

\*添付書類として、医療機関からの領収証の原本をご提出ください（数字だけのレシートは受け付けられません。）  
\*補助金のお支払いは、毎月末日締め翌月25日（営業日）支払いとなります。

受付印

常務理事	事務長	担当