書式①

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	
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		

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。
＊申請書受付締切りは、該当年度2月末です（健康保険組合到着分）。

受　付　印

常務理事	事務長	担当

トータルビューティー健康保険組合