

常務理事	事務長	部長	係

千葉県農協健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種費用助成金申請書(事業所申請)

事業所名		支店名	
接種期間	自 年 月 日	～ 至 年 月 日	
接種種別	インフルエンザ予防接種		
医療機関名			
医療機関所在地	県	市 郡	電話
接種者総数	男 人	女 人	計 人
医療機関に支払った合計金額	(消費税込みの金額をご記入ください) ¥		

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日 事業所名

事業主名 ⑩

申請者名 ⑩

千葉県農協健康保険組合理事長 殿

交付金 振込先	信連 農協	本店 支店	口座番号	当座 普通 No.
* 交付決定額 円		備考	口座名義	

注) \* 欄には記入しないでください。 受付欄

--



千葉県農協健康保険組合 御中

(記入例)

常務理事	事務長	部長	係

インフルエンザ予防接種費用助成金申請書(事業所申請)

事業所名	しんちば農業協同組合		支店名	駅前支店	
接種期間	自 21 年 11 月 21 日		～	至 年 月 日	
接種種別	インフルエンザ予防接種				
医療機関名	JA内科クリニック				
医療機関所在地	千葉	県	千葉	市	郡
				電話	043-245-0000
接種者総数	男	3	人	女	2
			人	計	5
			人		
医療機関に支払った合計金額	(消費税込みの金額をご記入ください) ¥ 13,125				

上記のとおり申請いたします。

事業主印を忘れずに

平成 21 年 11 月 25 日

事業所名

しんちば農業協同組合

事業主名

代表理事組合長 千葉新平 印

申請者名

駅前支店長 市原次郎 印

千葉県農協健康保険組合理事長 殿

交付金 振込先	しんちば 信連 駅前 本店 農協 支店	口座番号	当座 普通 No. 1234567
* 交付決定額	備考	口座名義	しんちば農業協同組合 支店長 市原次郎

注) \* 欄には記入しないでください。

受付欄

健保からこの口座にまとめて振り込みます。

# 予防接種受診者明細書

(記入例)

事業所記号

356

事業所名

しんちば農業協同組合

保険証番号	受診者氏名	本人・家族	接種日(回目)
78	健康 三郎	本人	21年11月21日(2回目) ¥ 2,625
102	登戸 元気	本人	21年11月21日(2回目) ¥ 2,625
105	萬歩 計	本人	21年11月21日(2回目) ¥ 2,625
125	美浜 みどり	本人	21年11月21日(1回目) ¥ 2,625
135	稲毛 若葉	本人	21年11月21日(2回目) ¥ 2,625
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     受診者全員の氏名をご記入ください。                 </div>		年 月 日( 回目 ) ¥
			年 月 日( 回目 ) ¥
			年 月 日( 回目 ) ¥
			年 月 日( 回目 ) ¥
			年 月 日( 回目 ) ¥
			年 月 日( 回目 ) ¥
			年 月 日( 回目 ) ¥
			年 月 日( 回目 ) ¥

\*この様式以外で、接種者全員の氏名がわかる事業所独自の明細書でも結構です。

\*事業所申請の場合は、実施ごとに提出してください。