

常務理事	事務長	部長	係

千葉県農協健康保険組合 御中

被保険者
被扶養者 インフルエンザ予防接種費用助成金申請書(個人申請)

申請年月日 年 月 日

○申請者(被保険者)

保険証番号		フリガナ	
記号	番号	氏名 ⑩	
事業所名		部署名	自宅住所
			TEL

○予防接種を受けた方

氏名	本人 家族	年齢	受けた日	支払金額	医療機関名
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		
合計金額(領収証の合計金額と同額)					

○助成金の振込み

各事業所宛に振り込みます。(事業所信連口座)

○領収書貼付欄

医療機関の領収書を貼付してください。

《健保記入欄》

支払決定額		円
支払日	年 月 日	

受付

(記入例)

常務理 係
2回接種の場合の個人申請は、必ず2回目終了後に提出してください。(1回のみ接種の方は1回目終了後)

被保険者 被扶養者 インフルエンザ予防接種費用助成金申請書(個人申請)

申請年月日 21年 11月 30日

○申請者(被保険者)

保険証番号 記号 355 番号 65		フリガナ 氏名 千葉太郎	チバタロウ 太郎	印
事業所名 JA新ちば	部署名 共済課	自宅住所 千葉市中央区新千葉1-2 TEL 043-245-1111		

○予防接種を受けた方

氏名	本人 家族	年齢	受けた日	支払金額	医療機関名
千葉太郎	本人	38	10/25 /	2,500	JAクリニック
千葉小太郎	家族	9	10/25 11/25	5,000	JAクリニック
千葉花子	家族	7	10/25 11/25	5,000	JAクリニック
			/ /		
			/ /		
合計金額(領収証の合計金額と同額)				12,500	

必ず記入してください。

○助成金の振込み

各事業所宛に振り込みます。(事業所信連口座)

○領収書貼付欄

領収書

千葉太郎様

千葉太郎様

一金 5,000円也

インフルエンザ予防接種代

平成21年11月25日

千葉

市中央区松波1-111-1

剥がれないようにのり又はテープで貼り付けてください。

《健保記入欄》

支払決定額	円
支払日	年 月 日

受付