

|      |     |    |   |
|------|-----|----|---|
| 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)<br>¥ |           |     |

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

注) \* 欄には記入しないでください。 受付欄

|  |
|--|
|  |
|--|



(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 24 年 11 月 5 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<br>郡  | 電話<br>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 24 年 11 月 9 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

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<br>振込先 | しんちば 信連 駅前 本店<br>農協 支店 | 口座番号 | 当座<br>普通 No. 1234567   |
| *<br>交付決定額 | 備考                     | 口座名義 | しんちば農業協同組合<br>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                    |
|-------|--|-------|--------------------------|
| 78    | 健 康 三 郎  | 本人    | 24 年 11 月 5 日<br>¥ 2,625 |
| 102   | 登 戸 元 気  | 本人    | 24 年 11 月 5 日<br>¥ 2,625 |
| 105   | 萬 歩 計  | 本人    | 24 年 11 月 5 日<br>¥ 2,625 |
| 125   | 美 浜 みどり  | 本人    | 24 年 11 月 5 日<br>¥ 2,625 |
| 135   | 稲 毛 若 葉  | 本人    | 24 年 11 月 5 日<br>¥ 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<br>¥               |
|       |  |       | 年 月 日<br>¥               |
|       |  |       | 年 月 日<br>¥               |
|       |  |       | 年 月 日<br>¥               |
|       |  |       | 年 月 日<br>¥               |
|       |  |       | 年 月 日<br>¥               |
|       |  |       | 年 月 日<br>¥               |
|       |  |       | 年 月 日<br>¥               |
|       |  |       | 年 月 日<br>¥               |
|       |  |       | 年 月 日<br>¥               |

\*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。