

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 記号 番号		フリガナ 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)

常務理事	事務長	部長	係

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 26年 10月 31日

○申請者(被保険者)

保険証番号 記号 356 番号 65		フリガナ 千 葉 太 郎 氏名 千 葉 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	10/27	2,500	JAクリニック
千葉 小太郎	家族	9	10/27	2,500	JAクリニック
千葉 花子	家族	7	10/27	2,500	JAクリニック
			/		
			/		
合計金額(領収証の合計金額と同額)				7,500	

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

一金 7,500円也

インフルエンザ予防接種代3名分

平成26年10月27日

千葉市中央区松波1-111-1
JA クリニッ ク

ください。

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