

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

--

予防接種受診者明細書

事業所記号

事業所名

保険証番号	受診者氏名	本人・家族	接 種 日
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥

*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。

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 26 年 11 月 7 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 千葉県 (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 26 年 11 月 10 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 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
78	健康 三郎	本人	26 年 11 月 7 日 ¥ 2,625
102	登戸 元気	本人	26 年 11 月 7 日 ¥ 2,625
105	萬歩 計	本人	26 年 11 月 7 日 ¥ 2,625
125	美浜 みどり	本人	26 年 11 月 7 日 ¥ 2,625
135	稲毛 若葉	本人	26 年 11 月 7 日 ¥ 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 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥
			年 月 日 ¥

*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。