

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	農林中金 銀行 農協	本店 支店	口座番号	当座 No. 普通
* 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

--



(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 27 年 11 月 6 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 27 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

交付金先 振込先	農林中金 しんちば 銀行 駅前 農協	本店 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
	円			

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	27 年 11 月 6 日 ¥ 2,625
102	登戸 元気	本人	27 年 11 月 6 日 ¥ 2,625
105	萬歩 計	本人	27 年 11 月 6 日 ¥ 2,625
125	美浜 みどり	本人	27 年 11 月 6 日 ¥ 2,625
135	稲毛 若葉	本人	27 年 11 月 6 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。