

記入例

裏面に領収書をのり付けしてください。
複数枚添付の場合は少しずらして重ねて貼ってください。

(様式第1号)

インフルエンザ予防接種補助額申請書 (特退・任継用)

対象接種期間：2023年10月1日～2023年12月31日
申請書類提出期限：2024年1月31日 必着

健康保険証	記号	〇〇〇〇	被保険者氏名	大和 太郎	印
	番号	〇〇〇〇			
実施人数	2	人	補助申請 合計額	6,800	円

【申請内訳】(1名の場合もご記入ください)

接種者氏名	性別	生年月日	続柄	接種した日 (対象日10.1～12.31)	補助申請額 ※4,000円を超える場合は4,000円と記入 ※4,000円未満の場合は実費を記入
大和 太郎	男	昭平令 〇〇年〇月〇日	本人	令 〇〇年〇月〇日	3,000 円
大和 花子	女	昭平令 〇〇年〇月〇日	妻	令 〇〇年〇月〇日	3,800 円
		昭平令		令	円
		昭平令		令	円
		昭平令		令	円
		昭平令		令	円
合計					6,800 円

申請書下欄の【補助内容】、【申請・支払方法等】をご確認の上、ご提出ください。

※下記宛先を切り取ってお使いいただけます。

〒104-0031
東京都中央区京橋1-2-1
大和証券グループ健康保険組合 宛