

令和 年 月 日

常務理事	事務長	係

支給額

¥

受 付

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証の 記号・番号	記号_____ 番号_____	被保険者の氏名 被保険者生年月日	昭・平 年 月 日
検 診 を 受 け た 医 療 機 関 名 称 お よ び 所 在 地	名 称 _____ 所在地 _____		
受 診 年 月 日	令和 年 月 日		
本 人 支 払 額	¥ _____		
上記のとおり申請します 令和 年 月 日 被保険者 住 所 _____ 被保険者 氏 名 _____ シナネン健康保険組合 理事長殿			

- ◎ 記載方法 受診後、この申請書の太枠内のみ記入し、領収書（原本）は下部にある指定場所に貼付
◎ 提出ルート 本人 ⇒ 事業所担当者（または営業所担当者）⇒ 健康保険組合
◎ 提出方法 社内連絡便、または 郵送（住所）シナネン健康保険組合

〒140-0002 東京都品川区東品川1丁目39番20号

領 収 書（原本）貼 付