

【 健 保 記 入 欄 】		
支給人数	本 家 計	名
補助金合計		円
支払年月日		

サクサ健康保険組合			
常務理事	事務長	係 員	担 当

## インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請年月日		20      年              月              日		
記号・番号		記号		番号
被保険者氏名				
No.	接種者氏名	続柄	接種日 <small>※2回接種の方は、1回目をご記入ください。</small>	接種単価
1		本人	月              日	円
2			月              日	円
3			月              日	円
4			月              日	円
5			月              日	円
6			月              日	円

**<2回接種の場合>**

1回の接種費用(自己負担)が3,000円を超える場合、領収書は1枚のみ貼付してください。

**<家族も接種の場合>**

世帯分をまとめて1回で申請してください。

<b>提出先</b>	<b>所属会社の社会保険事務担当者</b> <small>※業務支援者の方は、業務支援元の会社へご提出ください          ※任意継続被保険者の方は、健保へ送付してください</small>
<b>提出期限</b>	<b>2月第2金曜日※健保必着</b> <small>※上記期限を過ぎると補助金の支給が受けられませんので、ご注意ください</small>

