

令和 年 月 日

全国印刷工業健康保険組合
 常務理事 田中 秀明 宛

令和5年度 インフルエンザ予防接種 補助申請書

当事業所の従業員(被保険者)並びにその被扶養者(中学生以下)が実施いたしましたインフルエンザ予防接種について、下記の通り補助金の申請をいたします。

記

太枠内のみご記入ください。

事業所記号				ご担当者名		
事業所名						
所在地						
連絡先電話番号	()					
実施人数 (様式1-2の人数)※	被保険者 名	被扶養者(中学生以下) 名	合計 名	申請額 円		
振込先	下記の①または②から一方を選択のうえ、○をしてください。 ②を選択した場合は、下記に銀行名等をご記入ください。 ①登録済みの口座(※)を希望する ②下記の口座を希望する ※給付金の振込用として、既に当健康保険組合へ登録されている事業所の口座					
②を選択した場合(振込先は事業所の口座をご記入ください)						
銀行名			本・支店名			
預金区分	普通・当座		口座番号			
口座名義	フリガナ					

※補助の対象は被保険者及び中学生以下の被扶養者となります。

健保組合記入欄	決定額	円	申請額で決定	<input type="checkbox"/>
備考				照合済印
補助対象外 名				