

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

私(被保険者)並びに被扶養者(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対し、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。

記号・番号	1 9 0 0 -			
被保険者名				
住 所	〒 .....			
連絡先 電話番号	( )			
予防接種を 受けた方の 氏 名				
実施人数	被保険者	被扶養者(中学生以下)	合計	申請額
	名	名	名	円

- ・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。
- ・補助金の振込先は、任意継続の手続きの際にご登録いただいた口座になります。

必要事項をご記入の上、下記住所までご郵送ください。

〒110-8646 東京都台東区東上野1-7-2  
全国印刷工業健康保険組合 保健推進課

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