

インフルエンザ予防接種 補助金請求書

— ご確認ください —

※自治体から同様の補助を受けている場合は請求できません。

※ 13歳未満で2回接種した方の請求はできるだけまとめて請求して下さい。

予防接種の補助金を下記の通り請求致します。

令和 〇〇年 〇月 〇〇日

事業所名 健康商店(株)

(任意継続の方は記入不要)

所在地 〒135 - 〇〇〇〇

江東区東陽〇〇-〇〇

請求者名 健保 太郎 (印)

日中連絡先 03 (1234) 5678 担当者名 _____
(事業所口座指定の場合は記入)

◎記入方法 ・事業所口座振込の場合・・・所在地→事業所住所、請求者名→事業主名
・個人口座振込の場合・・・所在地→自宅住所、請求者名→被保険者名

支払金額 (領収書の金額)

¥ 6,000

※組合補助金額

¥ _____

被保険者証の記号番号	受診者名	年齢	被保険者証の記号番号	受診者名	年齢
4000-〇〇	健保 太郎	40	—		
4000-〇〇	健保 花子	38	—		
—			—		

※領収書 (原則原本) を添付してご請求ください。

振込先金融機関	銀行コード				〇〇〇〇			銀行			店番号			本店 支店			
	1	2	3	4	信用金庫			1	2	3	〇〇〇〇						
	預金種別				口座番号							口座名義人 (カタカナ)					
	普通 当座				1	2	3	4	5	6	7	※被保険者又は事業主のもの ケンポ タロウ					

※ 補助金のお支払いは、毎月末日締め、原則翌月末日支払になります。支払日について確認が必要な場合は、総務課までお問い合わせください。

※ 請求書受付最終締切日：3年3月31日必着 (期日を過ぎたものはお振込みできません)

必ず下記の当組合あてにご請求下さい

請求書提出 (請求) 先

〒135-8361 東京都江東区東陽5-29-33
東京都木材産業健康保険組合
TEL03-3647-3381