

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。
- ※請求は2回接種の場合でも、期間内1回限りとします。

予防接種の補助金を下記の通り請求致します。

平成 年 月 日

事業所名
(任意継続の方は記入不要)
所在地 〒

請求者名 (印)

日中連絡先 () 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)

¥

※組合補助金額

¥

被保険者証の記号番号	受診者名	被保険者証の記号番号	受診者名
—		—	
—		—	
—		—	

※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			銀行 信用金庫	店番号			本店 支店	
	預金種別				口座番号				口座名義人 (カタカナ) ※被保険者又は事業主のもの
	普通 当座								

※ 補助金のお支払いは、毎月末日締め、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：30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)

東京都木材産業健康保険組合

〒135-8361 東京都江東区東陽5-29-33

TEL 03-3647-3381