

記入例

貝塚市中小企業勤労者福祉共済センター  
インフルエンザ予防接種費用補助申請書（イ. 医療機関で個人接種）

2024 年 12 月 1 日

貝塚市中小企業勤労者福祉共済センター

会 長 殿

事業所コード	K-0001
所在地（住所）	貝塚市島中〇〇〇〇
事業所名	株式会社 共済
事業主名（氏名）	共済 広
電話番号	072-〇〇〇-△△△△

代表者  
印

下記のとおり実施致しましたので、関係書類（領収書など）を添え、インフルエンザ予防接種費用補助を申請します。

記

1. 接種内容	インフルエンザ予防接種
2. 接種年月日	2024年 10月 1日 ~2024年 11月 30日
3. 医療機関	〇〇病院 等
4. 健康保険種類	協会けんぽ・健康保険組合（名称 ※1 ）
5. 接種費用	15,000 円 （ 名）
6. 補助費 ※2	2,500 円 （ 名）
7. 振込口座	
金融機関名	貝塚 銀行・金庫
支店名	貝塚 支 店
預金種別	普通・当座
口座番号	〇〇〇〇〇〇
フリガナ	カブシキガイシャキョウサイダイヒョウトリシマヤクキョウサイヒロウ
口座名義	株式会社共済 代表取締役 共済 広

※1 加入している健康保険が健康保険組合の場合、名称をご記入ください。  
健康保険組合よりインフルエンザ予防接種費用補助がある場合は、対象外です。

※2 接種補助金額は接種者1名につき上限500円です。  
申請には、接種者全員の合計金額をご記入ください。

# インフルエンザ予防接種者明細書

事業所名

株式会社 共済

	会員番号	会員氏名 (名)	接種費用(円)	補助金額 (円) ※共済SC記入
1	K-0001-00001	共済 広	3,500	
2	00002	貝塚 太郎	2,500	
3	00003	貝塚 次郎	3,000	
4	00004	貝塚 三郎	3,000	
5	00005	貝塚 花子	3,000	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
	小 計	5名	15,000円	円
	合 計	5名	15,000円	円