

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）

年 月 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 _____
所在地（住所） _____
事業所名 _____
事業主名（氏名） _____ (印)
電話番号 _____

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	年 月 日 ~ 年 月 日
3. 医療機関	等
4. 健康保険種類	協会けんぽ・健康保険組合（名称 _____）
5. 接種費用	円（ _____ 名）
6. 補助費	円（ _____ 名）
7. 振込口座	
金融機関名	銀行・金庫
支店名	支 店
預金種別	普通・当座
口座番号	_____
フリガナ	_____
口座名義	_____

インフルエンザ予防接種者明細書

事業所名

	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				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
	小 計	名	円	円
	合 計	名	円	円