インフルエンザ予防接種補助金支給申請書（事業所一括用）

下記の通り、インフルエンザ予防接種の補助金を領収書(原本)を添えて申請します。
尚、提出内容について個人情報に該当するため、接種者本人から、同意を取って提出しております事をご報告します。

【〆切】
1月31日

申請年月日	令和　　年　　月　　日

名　　称	
所 在 地	〒
事 業 所 名	［電話］
E-mail（経理担当者）	

※領収書（レシート）に下記1～5が記載されているか確認して下さい。
記載内容等が不備・不明な書類は返戻させていただく場合がありますのでご留意願います。
1、接種日　2、医療機関名　3、接種された方の氏名　4、接種費用　5、但し書き（インフルエンザ予防接種代）

【 注 意 事 項 】

※65歳以上の方は、補助対象外となりますのでご了承願います。（市町で既で補助を受けられている為）

※太枠内は記入しないで下さい。

被保険者証番号	氏　　名	年齢	第1回接種費用	第2回接種費用	合　計	補助額
－　－			円	円	円	円
－　－			円	円	円	円
－　－			円	円	円	円
－　－			円	円	円	円
－　－			円	円	円	円
－　－			円	円	円	円
－　－			円	円	円	円
－　－			円	円	円	円
－　－			円	円	円	円
－　－			円	円	円	円
－　－			円	円	円	円
－　－			円	円	円	円
－　－			円	円	円	円
						円

※振込手数料削減のため、福井銀行各支店への振込にご協力いただきますようお願いします。
※口座番号等の記入漏れ、記入違いの場合は、お振込できない場合がございますのでよくお確かめ下さい。
※ゆうちょ銀行は取扱いできません。

＜振 込 先＞

金融機関名	支店名	店番号	種別	口座番号
銀行 信用金庫			当座 普通	

［受　付］

口座名義
（フリガナ）

この申請書は下記住所へ郵送してください。

〒910-0016　福井市大宮6丁目13-6　セレクトビル202　　福井県薬剤師国民健康保険組合事務局

下記枠内に、領収書を貼り付けてください。

福井県薬剤師国民健康保険組合　　［受　　付］