

インフルエンザ予防接種補助金請求書

記載例

健保組合記載欄

本人 人

家族 人

金 7,500 円也

*補助金額は、1人につき 2,000円 が上限です。

記号	9999	事業所名	〇〇歯科医院
----	------	------	--------

※各個人の接種月日、保険証番号、氏名のご記入、本人・家族のどちらかに○をつけてください。

接種月日	番号	区分	氏名	接種月日	番号	区分	氏名
11/25	1	○本家	歯科 太郎				
11/26	3	○本家	口腔 次郎				
11/25	1	○本家	歯科 花子				
11/25	1	○本家	歯科 洋子			本家	
		本家				本家	

実際に要した費用 補助金額
太郎 3,500円税込 → 2,000円
次郎 3,800円税込 → 2,000円
花子 3,000円税込 → 2,000円
洋子 1,500円税込 → 1,500円
計 7,500円

令和 〇 年 12 月 15 日

請求者氏名 歯科 太郎

住所 〒 170-0004 豊島区北大塚2-11-11

電話 03 (3918) 7511

☆添付書類☆ 領収書(原本またはコピー)を別添「領収書貼付シート」に貼付してください。

振込先	金融機関名	●●●● 銀行 支店番号 () 信金 北大塚 支店 信組	郵便局 (ゆうちょ銀行に口座のない方) 記号-番号
	預金の種別 口座番号	当座 普通 9999999	—
	口座名義 (カタカナ)	シカ タロウ	

※市町村からの補助金を受けられる場合はこの補助金の対象外となります。

※なるべく事業所単位で、まとめてご請求してください。

※請求者以外の口座に振込む場合は下の委任状にご記入ください。

私は、インフルエンザ予防接種補助金の受領を(氏名:)に委任します。

令和 年 月 日 住所
請求者
(私) 氏名