

支給決定額	※	円
-------	---	---

健保組合決裁欄				
常務理事	事務長	部長	課長	係

※は記入しないでください。

健保組合記入欄

**【事業所用】**

**インフルエンザワクチン接種補助金交付申請書**

提出日 年 月 日

三重県農協健康保険組合 理事長 様

以下のとおり、インフルエンザ予防接種補助金の交付申請をします。

申請者	事業所名
	事業主名

**(予防接種者内訳)**

接種年月日	人数	×	補助額	=	申請金額
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
年 月 日	名	×	円	=	円
合計(申請額)					円

**【添付書類】**

\*インフルエンザワクチン接種者名簿【様式1】

\*上記名簿の医療機関の証明欄に記載がない場合は個人毎の領収書(写し不可)