

## ● 2021年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書 ●

【対 象 者】公文健康保険組合の被保険者および被扶養者（接種時に公文健康保険組合の加入資格がある方）

【接種対象期間】2021年10月1日（金）～2021年12月31日（金）

【申 請 期 限】2022年1月14日（金）／期日内に公文健康保険組合必着

◎「領収書添付用紙」記載の注意事項をよく読んでから太枠内をすべてご記入ください。

<b>■被保険者について</b> *日中の連絡先は問い合わせ時に使用します。		記入日	年	月	日	
保険証の	記号(3桁)				被保険者氏名	印
	番号(6桁)					
会社名	(株)				部 署 名	
日中の 連絡先	〒	住 所			TEL	

■接種状況について \*欄は健康保険組合が記入する欄です。

接種を受けた人の氏名	続柄	接種した日 下段：2回接種の場合	支払った額 2回接種の場合は合計額	※健保記入欄
	本人	月 日	円	<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/>
		月 日	円	<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/>
		月 日	円	<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/>
		月 日	円	<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/>
		月 日	円	<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/>

■振込先について \*振込先口座は被保険者名義の口座に限ります。

振込先 口座	口座 名義人	カタカナで記入(金融機関に登録されている名義)				
*どちらかに記入	ゆうちょ 銀行 以外の 金融機関	金 融 機 関 名	支 店 号	預 種 目	支 店 名	口 座 号
	ゆうちょ 銀行	通 帳 号	1	0	通 帳 号	*右ツメで記入

銀行：銀行、信用組合、信用金庫、農協

支店名：本店、支店、出張所

預種目：普通、当座、貯蓄