年　　月　　日

リケンテクノス健康保険組合理事長　殿

住所

事業所名

事業主　　㊞

# インフルエンザ予防接種　補助金交付申請について

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、補助金の交付を受けたく申請いたします。

事業所名(工場)

責任者　　㊞

記

| 対象者 | 受診者数 | 一人当たりの補助金額 | 申請金額 | 接種期間 |
|---|---|---|---|---|
| 本人 | 名 | 1,000　円 | 円 | 当年10月〜翌年1月末日 |
| 家族 | 名 | 1,000　円 | 円 | |
| 合計 | 名 | | 円 | |

1. 対象者　　健康保険被保険者および被扶養者
2. 補助金額　　一人につき1,000円
3. 接種期間　　当年10月～翌年1月末日までに接種すること
4. 申請方法　　申請用台紙に領収書を家族分まとめて貼付したものを添付
5. 注意事項　　3月10日到着分の申請書が最後のお支払い対象となります。
それ以降は受付できませんのでご注意ください。