年　　月　　日

リケンテクノス健康保険組合理事長　殿

記号・番号

住所

氏名　　㊞

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。

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。