

|       |  |
|-------|--|
| 提出先   | 健保組合   |
| 添付書類等 | <b>■領収証<b>原本</b></b><br>・接種者名、インフルエンザ予防接種代が記載されているもの |

|      |  |             |
|------|--|-------------|
|      |  | <b>【限定】</b> |
| 常務理事 |  | 受付担当        |
|      |  |             |

(健保組合使用欄)

|     |      |   |
|-----|------|---|
| 支給額 |      | 円 |
| 内訳  | 被保険者 | 円 |
|     | 被扶養者 | 円 |

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 ○○年 △△月 □□日

### インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

下記のとおり利用しましたので申請いたします。

| 被保険者等               | 記号・番号 | 被保険者氏名         |
|---------------------|-------|----------------|
|                     |       | (フリガナ) ケンポ タロウ |
| 5 9 × × - × × × × × |       | <b>健保 太郎</b>   |

| 利用者名         | 接種日            | 医療機関名          | 金額             |
|--------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>健保 花子</b> | 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | <b>○○クリニック</b> | <b>3,000 円</b> |
| <b>健保 次郎</b> | 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | <b>○○クリニック</b> | <b>3,000 円</b> |
|              | 令和 年 月 日       |                | 円              |
|              | 令和 年 月 日       |                | 円              |
|              | 令和 年 月 日       |                | 円              |
| 合計           |                |                | 円              |

| 振込希望口座<br>(被保険者名義) | 金融機関名 | 支店名  | 普通預金 口座番号 |   |   |   |   |   |   |
|--------------------|-------|------|-----------|---|---|---|---|---|---|
|                    | ○○銀行  | △△支店 | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

受付日付印