

提出先	健保組合
添付書類等	■領収証原本 (接種者名の記載があるもの)

		【限定】
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。

被保険者証 記号・番号		被保険者氏名	
		(フリガナ) ケンポ タロウ	
5	9	健保 太郎	
X	X		
-	X		
X	X		
X	X		
X	X		

※本人を含む利用者全員をご記入ください。

利用者名	接種日	医療機関名
健保 太郎	令和 ○○年 △△月 □□日	○○病院
健保 花子	令和 ○○年 △△月 □□日	△△病院
健保 一郎	令和 ○○年 △△月 □□日	△△病院
	令和 年 月 日	
	令和 年 月 日	

振込希望口座 (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