

◆◆◆ 2024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】2024年10月1日（火）～2024年12月31日（火）

【申請期限】2025年1月10日（金）期限内必着 ※期限を過ぎた場合は無効

◎「領収書等貼付用紙」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。

■被保険者について		記入日	年	月	日
保険証の	記号(3桁)			被保険者氏名	
	番号(6桁)				
会社名	(株)	部署名			
日中の連絡先	* 問い合わせ、申請書の返却が必要になったとき使用します。		<input checked="" type="checkbox"/> 会社	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	
	〒 住所		TEL		

■接種状況について

健保組合記入欄です

区分	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	※決定金額
本人分		本人	月 日	円	<input type="checkbox"/> 3,000円
			月 日		<input type="checkbox"/>
家族分はこちらに記入			月 日	円	<input type="checkbox"/> 3,000円
			月 日		<input type="checkbox"/>
			月 日	円	<input type="checkbox"/> 3,000円
			月 日		<input type="checkbox"/>
			月 日	円	<input type="checkbox"/> 3,000円
			月 日		<input type="checkbox"/>
		月 日	円	<input type="checkbox"/> 3,000円	
		月 日		<input type="checkbox"/>	

■振込先について ※ 被保険者ご自身の口座情報を正しくご記入ください。

振込先 口座	口座名義人氏名 (カタカナ)					
*どちらかに記入	ゆうちょ 銀行	金融機関名	銀行 信用組合 信用金庫 農協		支店名	本店 支店 出張所
	以外の 金融機関	支店番号	預金目	普通 当座 貯蓄	口座番号	*右ツメで記入
ゆうちょ 銀行	通記 番号	1	0	通 番号	*右ツメで記入	
						1