

②【事業所集団接種用】

◆二重枠線内は健保組合記入欄です 太枠内のみご記入ください。

同年月日	令和 年 月 日	支払内訳	常務理事	事務局長	課長	係長	係
支払決議書		インフルエンザ予防接種					
支払額		2,000円 × 名					

※医療機関様へお願い。インフルエンザ予防接種の領収を記入してください。

※接種料金を支払った領収書（コピー可）の添付でも可能です。

領 収 書（インフルエンザ予防接種料）	
金	円（ 名分）
上記金額を領収いたしました。	
所在地	
医療機関名	⑩
代表者名	
接種日	令和 年 月 日

※2回法による接種であっても、第1回目の接種のみが補助金の対象となります。

インフルエンザ予防接種補助金請求書

当事業所の被保険者が上記医療機関でインフルエンザ予防接種を実施したので、補助金を申請します。

東京都皮革産業健康保険組合 殿

令和 年 月 日

記

保険証記号	※接種機関ごとに申請してください				
保険証番号	氏 名	性別	生年月日	年齢	接種単価

★記入欄が足りない場合は裏面にご記入ください。

事業所所在地

事業所名称

⑩

事業主氏名

電話番号

受付印

事務担当者名

★必要事項が記載されていればエクセルの表などを印刷したのもでも可。

保険証記号					
保険証番号	氏 名	性別	生 年 月 日	年 齢	接 種 単 価