

同年月日	平成	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					1,500円 × 人					

* 医療機関の方へお願い。インフルエンザ予防接種の領収書を記入してください。

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。	
平成 年 月 日	
所 在 地	
医 療 機 関 名	Ⓜ
代 表 者 名	

* 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。

* 対象者は被保険者のみ

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、補助金を請求します。

東京都皮革産業健康保険組合 殿

平成 年 月 日

記

保険証記号	* 接種機関ごとに請求してください。					
保 険 証 番 号	氏 名	性別	生年月日	年齢	勤務地	単価
						円
						円
						円
						円
						円

* 記入欄が足りない場合は裏面にご記入下さい。

〒 ー

受付日付印

事業所所在地
事業所名
事業主名
電 話
事務担当者名

Ⓜ

201509

* 勤務地は都道府県、市区町村をご記入下さい。例:東京都台東区

