

支給決定	補助金	,000円	摘要	1,000円× = ,000円 人	常務理事	事務長	課長	主任	係員

【補助金請求する方】ここから下の太枠内にご記入ください。

流感対策事業補助金請求書		記号	番号	被保険者氏名	
受診者氏名	生年月日	続柄	受診日	予防接種費用	受診医療機関名称
①	昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日	円	
②	昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日	円	
③	昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日	円	
④	昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日	円	
⑤	昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日	円	
⑥	昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日	円	
確認欄	下記を確認の上、左に☑をご記入ください。				
<input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。				

上記の通り予防接種を受けたので領収書（原本）を添えて補助金を請求します。
私は次の者に流感対策事業補助金の受領を委任します。

事業所所在地
事業所名
受任者氏名

令和 年 月 日

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿

（注）補助金額は、1人1,000円が上限です。

補助回数は、1人につき年度内に1回です。

領収書には、【名前】と【インフルエンザ予防接種】と記載が必要です。

領収書は、レシート不可です。