

## インフルエンザ予防接種助成申込書

被保険者証 (又は組合員証) の記号番号	接種した被保険者の氏名	接種した医療機関名	該当者 (区分を○で囲む)
			組合員 ・ 家族
			組合員 ・ 家族
			組合員 ・ 家族
			組合員 ・ 家族
			組合員 ・ 家族
			組合員 ・ 家族
			組合員 ・ 家族
			組合員 ・ 家族
			組合員 ・ 家族
			組合員 ・ 家族
			組合員 ・ 家族

上記のとおりインフルエンザ予防接種が終了いたしましたので、助成の申し込みをします。

令和      年      月      日

診療所名 \_\_\_\_\_

甲種組合員(雇用主)氏名 \_\_\_\_\_ (印)

甲種組合員(雇用主)の被保険者証(又は組合員証)の記号番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 支部長 様