

組合使用欄

予防接種 様式2

				インフルエンザ接種	名	円
				疾病予防費 円		

平成 23 年度(接種期間 平成 23 年 10 月 1 日～平成 24 年 1 月 31 日)

インフルエンザ予防接種補助金申請書

平成 年 月 日			
旅行業健康保険組合理事長 殿			
インフルエンザ予防接種を実施いたしましたので補助金の支給を申請します。			
保険証 記号—番号	20—	氏名	(印)
住所	〒		
TEL		FAX	
医療機関名			

振込先	銀行		支店	預金 種別	普通	当座
金融機関 コード	支店 コード	口座番号				
フリガナ						
口座名義人						

\* 太線の中をご記入ください

【添付書類】

1. 領収書(原本) (領収書の返却はできません)
2. 予防接種 様式 2 : 予防接種 様式 2-2

【提出期限】

※最終締切日は平成 24 年 2 月 29 日(当組合必着)まで。(締切を過ぎますとお支払ができません)

【提出先】

〒103-0023 東京都中央区日本橋本町 3-8-4 第二東硝ビル 3 階  
旅行業健康保険組合 保健事業課 宛

【その他】

振込先は、任意継続被保険者の口座をご記入してください