

日本製紙健康保険組合 御中

常務理事	係

予 防 接 種 実 施 申 請 書

(疾 病 予 防 費)

令和 年 月 日提出

1. 健 診 名	インフルエンザ予防接種
2. 実 施 日	
3. 実施医療機関	
4. 実 施 場 所	
5. 人 数	名
6. 費 用	税込金額 円 ※「請求書」および「予防接種を受けた方の名簿」添付 ・補助対象の接種期間:9/1~1/31、申請期限:2月末日 ・補助金額2,000円/1人 但し2,000円未満は実費

上記のとおり申請いたします。

事業所の記号			
--------	--	--	--

事業所名

責任者
(代表者)

受 付 印

接種者リスト

氏名		健保資格有無	氏名		健保資格有無
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		