

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	・健保負担分 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:10/1～1/31、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