

常務理事	事務長	部長	係

千葉県農協健康保険組合 御中

被保険者
被扶養者 インフルエンザ予防接種費用助成金申請書(個人申請)

申請年月日 年 月 日

○申請者(被保険者)

保険証番号		フリガナ	
記号	番号	氏名	
事業所名		部署名	自宅住所
			TEL

○予防接種を受けた方

氏名	続柄	年齢	受けた日	支払金額	医療機関名
			/		
			/		
			/		
			/		
合計金額(領収証の合計金額と同額)					

○助成金の振込み

各事業所宛に振り込みます。(事業所農林中央金庫口座)
(任意継続の方は、健保組合にご登録済の被保険者口座)

○領収書貼付欄

医療機関の領収書(原本)を貼付してください。

《健保記入欄》

支払決定額		円
支払日	年 月 日	

受付