

常務理事	事務長	部(課)長	係

千葉県農協健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種費用助成金申請書(事業所申請)

事業所名		支店名	
接種期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		
接種種別	インフルエンザ予防接種		
医療機関名			
医療機関所在地	県	市郡	電話
接種者総数	人		
医療機関に支払った合計金額	(消費税込みの金額をご記入ください) ¥		

上記のとおり申請いたします。

年 月 日 事業所名

事業主名

申請者名

千葉県農協健康保険組合理事長 殿

交付金 振込先	農林中央金庫 農協	千葉支店 支店	口座番号	当座 No. 普通
* 交付決定額	円	備考	口座名義	

注)* 欄には記入しないでください。

受付欄

--

