

[事業所記入用]

[事業所]→[東プラ健保組合]

請求書(インフルエンザ予防接種補助金)

金 円
但し、 名分予防接種料
上記のとおり請求いたします。

保険証記号

インフルエンザ予防接種補助金請求者名簿

保険証番号	予防接種者	続柄	保険証番号	予防接種者	続柄
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族

平成 年 月 日

所在地

事業所 名称

代表者

印

○請求時の注意○

- 別紙1または機関紙差し込みの領収書の原本(コピー不可)を添付してください。
- ▼医療機関発行の領収書の場合
 - ・接種日、医療機関名、医療機関(またはその代表者)の印、接種者、インフルエンザ予防接種であることを必ず明記してください。
 - ・2人以上の領収書は接種者と金額内訳が必要です。
 - ・レシートや記入もれ等の不備がある場合は受付できませんのでご注意ください。
- 請求書の金額・人数の誤字は、事業所の訂正印が必要です。
- 請求者名簿は必ずご記入ください。請求者が20名以上いる場合は、用紙をコピーしてお使いください。またはこの用紙を請求書の表紙とし、各自で作成された請求者名簿を添付していただいても結構です。