関東めっき健康保険組合　宛

インフルエンザ予防接種補助金請求書

金　　円

但し、　　名分予防接種費用として

上記のとおり請求いたします。

【添付書類】

① インフルエンザ予防接種補助金申請者連名簿
② 医療機関等発行の領収書(コピー可)

令和　　年　　月　　日

名　称

事業所　所在地

代表者

（振込先）　※事業所の口座をご記入ください。

金融機関	銀行 金庫 組合　　支店
預金種別 口座番号	普通 当座
フリガナ	
口座名義	

（注意事項）

補助金の対象は、**当該年度 10 月～翌年 1 月末日実施分**までです。
※原則 1 事業所につき 1 回限りとなります。

申請期日：当該年度 2 月末日当組合必着分