

組合使用欄				
支給年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担当
決裁年月日	年 月 日			
備考				

インフルエンザ予防接種補助金申請書（事業所用）

ニューオータニ健康保険組合 御中

事業所名		担当者名	
------	--	------	--

下記の内容でインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を申請いたします。

記

実施期間 年 月 日 ～ 年 月 日

実施医療機関名

申請人数

名

申請金額

円

（補助金振込先）

銀行 支店 口座番号NO.

名義（加付）
