

組 合 使 用 欄				
支給年月日	年	月	日	常務理事
決済年月日	年	月	日	事務長
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 平成 年 月 日 ～ 平成 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 _____ 名義 (カカ)