（伺年月日）　平成　　年　　月　　日

決裁欄	常務理事	事務長	課長	係長	担当者

平成　　年度インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

補助金支給決定額 ※ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

事業所記号	
申請人数	名
※支給決定人数	名
※　算出式	

全国外食産業ジェフ健康保険組合　御中
上記のとおり実施したことを証明しますとともに、領収書・インフルエンザ予防接種補助金申請者名簿兼支給決定額明細書を添付し、これに対する補助金の申請をします。

平成　　年　　月　　日

事業所所在地
事業所名称
事業主名　　印

注意事項

1．※印（補助金支給決定額、支給決定人数、算出式）の欄は記入しないでください。
2．補助金支給対象者は、予防接種時において当組合の資格を有する被保険者とします。
3．この申請書にインフルエンザ予防接種補助金申請者名簿兼支給決定額明細書及び領収書を添付してください。
4．医療機関の領収書（原本）には、被保険者番号を明記してください。
5．補助金の支給対象接種期間は毎年4月1日から翌年3月末日までとします。
※平成22年度につきましては平成22年8月1日から翌年3月末日までとします。
6．申請は事業所で取りまとめて提出してください。

平成　　年　　月　　日提出

組合受付印

振込先	銀行・支店名	銀行　　支店
	口座番号	普通・当座 No.
	口座名義	