

様式1-A
(一般用)

インフルエンザ予防接種の補助申請書 (〇回)

申請金額 ¥34,500

令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日の間に実施しました。
なお、接種者の接種費用に関しては、領収書により確認いたしました。

申請内訳

接種費用 (金額別) 円	人 数	金 額 円	摘 要
例 3,500	6	21,000	
3,500	2	7,000	
4,000	5	20,000	
7,500	1	7,500	
合 計	8	34,500	

補助金額の上限は4,000円(税込)、但し13歳未満は8,000円(税込)

振 込 先	〇〇		銀行	〇〇〇				支店		
	種 目	普通	当座	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	口座名義	〇〇 〇〇								

インフルエンザ予防接種の実施報告書(様式1-B)を添付のうえ、上記のとおり申請致します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

船場健康保険組合 御中

事業所名称 株式会社〇〇〇〇

実施責任者 〇〇 〇〇



様式 1-B
(一般用)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

インフルエンザ予防接種の実施報告書 (〇回)

当事業所において、次の加入員がインフルエンザ予防接種を実施したことを報告致します。

記号・番号	氏名	種別	接種費用 円	領収書に 関する検印
〇-〇〇〇〇	〇〇 〇〇	本人・家族 家族(13歳未満)	4,000	印
〇-〇〇〇〇	〇〇 〇〇	本人・家族 家族(13歳未満)	3,500	印
〇-〇〇〇〇	〇〇 〇〇	本人・家族 家族(13歳未満)	4,000	印
〇-〇〇〇〇	〇〇 〇〇	本人・家族 家族(13歳未満)	4,000	印
〇-〇〇〇〇	〇〇 〇〇	本人・家族 家族(13歳未満)	4,000	印
〇-〇〇〇〇	〇〇 〇〇	本人・家族 家族(13歳未満)	4,000	印
〇-〇〇〇〇	〇〇 〇〇	本人・家族 家族(13歳未満)	3,500	印
〇-〇〇〇〇	〇〇 〇〇	本人・家族 家族(13歳未満)	7,500	印
		本人・家族 家族(13歳未満)		
		本人・家族 家族(13歳未満)		
		本人・家族 家族(13歳未満)		
		本人・家族 家族(13歳未満)		
		本人・家族 家族(13歳未満)		
		本人・家族 家族(13歳未満)		
		本人・家族 家族(13歳未満)		

・貴職のオリジナルの実施報告書でも可能です。

・領収書については貴職にて検印された場合は不要です。

船場健康保険組合 御中

事業所名称 株式会社〇〇〇〇

実施責任者 〇〇 〇〇

