



様式3号

## インフルエンザ予防接種補助料請求書

平成 年度

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

平成 年 12 月 15 日提出

事業所の記号	2312
事業所の名称	健康病院
事業所所在地	横浜市中区尾上町〇〇-〇〇
事業主の氏名	健康 太郎 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">病健院康</span> 印
電話番号	045 ( 000 ) 0000

要綱に基づき請求いたします。

※太線の枠内のみ記入し、決定欄には記入しないでください。

一人当たり単価	実施人員	請求金額合計
上限2,500円 (6009)	8 名	14,400 円
※ 決定 欄	名	円

※他家接種の場合でこの請求にかかる補助料の受領を健診機関等に委任するときのみ記入してください。

委任状		
補助料の受領については、(健診機関) 印 に委任致します。	印	
事業所の名称 委任者 事業主の氏名	実施人員と金額を必ず記入 してください。 印	
振込先金融機関	金融機関コード	
本店	支店	
銀行	金庫	組合
本店	支店	
普通	当座	
口座番号	フリガナ	預金口座 名義人

受付日付印