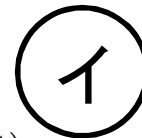


極秘



(様式1)

インフルエンザ予防接種補助料請求書

令和2年度

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

年 月 日

事業所の記号	
事業所の名称	
事業所所在地	
事業主の氏名	印
電話番号	

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
被保険者	上限2,500円	名	円
被扶養者注)	上限2,500円	名	円
被扶養者については、40歳以上で同年度に特定健診を受診した者(予定者)であるため、請求します。			
※ 決 定 欄		名	円

注) 被扶養者は40歳以上の特定健診受診者が補助対象となります。

※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。												
事業所の名称 _____ 印 委任者 _____ 事業主の氏名 _____												
振込先金融機関	金融機関コード				本店番号				預金種別	口座番号		
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ		預金口座 名義人			

受付日付印