

なとり健康保険組合理事長 殿

インフルエンザ予防接種補助金請求書

年 月 日

被 保 険 者 名	印		従業員 C D	
住 所	〒..... Tel.....			
所 属 部 署				
保険証 記号・番号	記 号		番 号	

医 療 機 関 名			
接 種 者 名	接 種 年 月 日	接種料金	
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
*領収書(原紙)を必ず添付すること (レシートは不可)		合 計	

支 払 決 議 書

決定金額	¥	常務理事	事務長	係	受付
備考					