

健 保 決 裁	部 長	課 長	確 認	電算入力

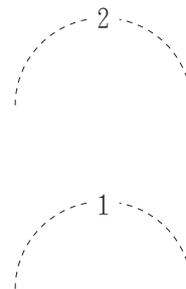
乳幼児 インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

下記のとおり乳幼児インフルエンザ予防接種を実施しましたので補助金の交付を申請いたします。

年 月 日

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 証	記 号		番 号	
	事 業 所 名				
	被 保 険 者 氏 名	⑩			
	接 種 被 扶 養 者	続 柄		氏 名	
	生 年 月 日		年	月	日 生
	接 種 医 療 機 関 名				
	第 1 回 接 種 日		年	月	日
	第 1 回 接 種 料	¥			
	第 2 回 接 種 日		年	月	日
	第 2 回 接 種 料	¥			
※インフルエンザ予防接種をしたことがわかる領収書を裏面に 全面のりづけにて貼付するようにしてください。					



補 助 金 決 定 額
第 1 回 接 種 分 ¥ _____
第 2 回 接 種 分 ¥ _____
送 金 年 月 日

受 領 委 任	私 は 事 業 主 名 称 _____ 殿 氏 名 _____
	に 上 記 検 診 料 の 受 領 に 関 する 手 続 き 及 び 受 領 を 委 任 い た し ま す。 被 保 険 者 氏 名 _____ ⑩

(本人の直筆署名の場合は、捺印は省略しても可。)

※補助金につきましては、原則として事業主に委任払いさせていただいております。受領に関する手続き及び受領につきまして、何卒ご理解のうえ受領委任にご協力をお願いします。なお、同意いただけない場合はお申し出ください。(同意されない場合、補助金の受け渡しにつきましては健保組合本所窓口での交付となります。)

※被扶養者として認定されている就学前乳幼児が対象となります。