〔様式1-1〕

令和　　年　　月　　日

全国印刷工業健康保険組合
　常務理事　田中　秀明　　宛

令和6年度　インフルエンザ予防接種　補助申請書

当事業所の従業員（被保険者）並びにその被扶養者（中学生以下）が実施いたしましたインフルエンザ予防接種について、下記の通り補助金の申請をいたします。

記

太枠内のみご記入ください。

事業所記号		ご担当者名		
事業所名				
所在地				
連絡先 電話番号	（　　）			
実施人数 （様式1-2の人数）※	被保険者 名	被扶養者（中学生以下） 名	合計 名	申請額 円
振込先	下記の①または②から一方を選択のうえ、〇をしてください。 ②を選択した場合は、下記に銀行名等をご記入ください。 **①登録済みの口座（※）を希望する　　②下記の口座を希望する** ※給付金の振込用として、既に当健康保険組合へ登録されている事業所の口座			
②を選択した場合（振込先は事業所の口座をご記入ください）				
銀行名		本・支店名		
預金区分	普通　・　当座	口座番号		
口座名義	フリガナ			

※補助の対象は被保険者及び中学生以下の被扶養者となります。

健保組合記入欄	決定額	円	申請額で決定　□
備考 補助対象外　　名			照合済印