

申請書の補助対象者に記入した氏名順・接種日順に、
申請書の後ろ左上にホチキス留めしてください。

令和4年4月改訂

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

インフルエンザ予防接種補助金申請書

※太枠内を全てご記入ください。

申請者	記入日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日					
	被保険者証 記号	○○	番号	○○	被保険者氏名	健保 太郎	
	会社名 ※休業者は休派先	○○○○株式会社		日中連絡先 (TEL)	×-×××-××××		
	e-mail	×××××@×××××.××××					

内線または
外線番号

預取者は、①～⑥に記入した氏名順・接種日順に申請書の後ろ左上にホチキス留めしてください。

補助対象者 (健保加入者)	氏名	続柄	年齢	接種日	2回目接種日 ※13歳未満の方が対象		予防接種の費用 ※2回の場合は合計		
					年	月		日	年
①	健保 太郎	本人	42	R ○ 年 ○ 月 ○ 日	年	月	日	○,○○○ 円	
②	健保 花子	配偶者	38	R ○ 年 ○ 月 ○ 日	年	月	日	○,○○○ 円	
③	健保 一郎	長男	13	R ○ 年 ○ 月 ○ 日	年	月	日	○,○○○ 円	
④	健保 葉子	長女	7	R ○ 年 ○ 月 ○ 日	R ○ 年 ○ 月 ○ 日	年	月	日	○,○○○ 円
⑤	健保 二郎	二男	5	R ○ 年 ○ 月 ○ 日	R ○ 年 ○ 月 ○ 日	年	月	日	○,○○○ 円
⑥				R 年 月 日	R 年 月 日	年	月	日	円

2回法で接種した場合は
合計額を記入して下さい

統廃合により金融機関名・支店名が変更されている場合があります。必ずご確認の上変更後の金融機関情報をご記入ください。
記入内容に誤りがある場合、確認・訂正のため振込みが遅れることがありますのでご注意ください。

振込先	金融機関名	支店名	種別	口座番号(右つめでご記入ください)	口座名義(カタカナ)
	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	丸の内	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 特種	○○○○○○○○
	金融機関コード	支店コード			
	0005	002			

必ず現在の通帳・キャッシュカードを
確認の上、記入して下さい

※振込は健保受付月の翌月末となります。なお、健保から振込通知は行いませんので預金通帳でご確認ください。

●領収書添付方法

