

理事長	事務長	係

管理番号	
------	--

## 令和 年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

(宛先)

宮地健康保険組合

### 申請者

記号・番号	.
氏名	
住所	〒
TEL	

インフルエンザ接種に係る費用の補助を受けたいので、下記のとおり申請します。

### 記

### 申請額の内訳

	氏名	本人or家族	要した費用	申請額
1				
2				
3				
4				
5				
	計			

注)被保険者(本人)は上限3,000円まで

注)被扶養者(家族)は半額上限1,500円まで

注)氏名・金額のわかる領収書(写しOK)を添付してください。