

事業所⇒健

インフルエンザ予防接種補助料請求書

予防接種の補助金を下記の通り請求いたします。

令和 年 月 日

トータルビューティー健康保険組合 御中

事業所の名称	⑩
事業所所在地	
事業主の氏名	
電話番号	

被保険者証の記号番号	受診者名	被保険者証の記号番号	受診者名
—	本家	—	本家
—	本家	—	本家
—	本家	—	本家
—	本家	—	本家
—	本家	—	本家
—	本家	—	本家
—	本家	—	本家
—	本家	—	本家
—	本家	—	本家
—	本家	—	本家
—	本家	—	本家

一人当たり単価	人数	請求金額合計	領収書添付	備考
被保険者 上限3,000円	名	円	通	
被扶養者 上限3,000円	名	円	通	
計	名	円	通	

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店		預金種別	1.普通 2.当座 3.その他
	口座 番号	口座名義人 カタカナで記入				

*添付書類として、医療機関からの領収証の原本をご提出ください（数字だけのレシートは受け付けられません。）

*補助金のお支払いは、毎月末日締め翌月25日（営業日）支払いとなります。

受 付 印

常務理事	事務長	担当