

様式③-3

『インフルエンザ予防接種』補助金申請書【事業所用追加】

接種日	被保険者等 記号一番号 ◎番号順にご記入願います。	接種者氏名	続柄	予防接種費用 (円)		
1 /	—		本人・家族			
2 /	—		本人・家族			
3 /	—		本人・家族			
4 /	—		本人・家族			
5 /	—		本人・家族			
6 /	—		本人・家族			
7 /	—		本人・家族			
8 /	—		本人・家族			
9 /	—		本人・家族			
10 /	—		本人・家族			
11 /	—		本人・家族			
12 /	—		本人・家族			
13 /	—		本人・家族			
14 /	—		本人・家族			
15 /	—		本人・家族			
16 /	—		本人・家族			
17 /	—		本人・家族			
18 /	—		本人・家族			
19 /	—		本人・家族			
20 /	—		本人・家族			
本人	人・家族	人	ページ 計人数	人	ページ 計費用	円

西日本パッケージング健康保険組合

* この申請書のためにご提供いただいた個人情報は、当健康保険組合の実施する保健事業に利用させていただきます。当該目的以外に使用することはございません。