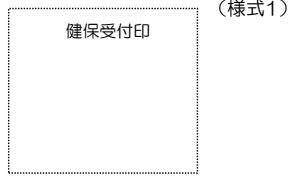


★領収証の原本は、この申請書の裏面に貼付して下さい。

★領収証に関する留意事項



必ず下記項目の記載があるかご確認ください

(内容に不備がある場合は、医療機関に追記、捺印を依頼してください)

- 接種者氏名 ■接種日 ■「インフルエンザ予防接種代」の記載
■接種代金 ■医療機関名 (「インフルエンザ」の文言は、必ず必要です)
■医療機関の捺印 (必ず必要ですので、ご注意ください)

提出前に本申請書と領収証の写しを保管しておいてください。

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

☆送付先 → 社内便：(延岡) 旭化成健康保険組合(インフルエンザ担当)

郵送：〒882-0847 宮崎県延岡市旭町2-1-3
旭化成健康保険組合(インフルエンザ担当)

Application form with fields for submission date, insured person details, vaccination details, and amounts. Includes a vertical label '申請者(本人)記入部分' on the left side.

※ お名前のない一番上の氏名枠には、「以下余白」とご記入ください(記入例参照)

- 1. 補助対象者は、旭化成健康保険組合加入の被保険者と被扶養者です
2. 補助額は年度上限1,000円/人を限度とします。
3. 申請書の受付期間は、当年10月1日～翌年3月15日(健保必着)とします
4. 個人情報の保護に関する取扱いについて

旭化成健康保険組合 (旭化成健康保険組合)

支給決定番号(健保記入) NO ~