

【提出先】 〒530-0054 大阪市北区南森町二丁目1番29号三井住友銀行南森町ビル5階
ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合 宛

■提出前に必ず確認してください！

- 記入漏れはないか（受診者氏名／申請金額／委任欄のチェック/振込口座）
 領収書の**原本**を裏面に貼り付けているか（**コピー不可**）
 領収書に「**宛名**」「**インフルエンザ予防接種代**」の記載はあるか

支給決定 令和 年 月 日			
常務理事	担当	担当	

ダイレクトマーケティングミックス健康保険
インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書

(太枠内を記入ください)

健康保険 の記号番号	記号 100・200・300・400・9000	生年月日	昭和 平成	年	月	日	休職中の方はチェック <input type="checkbox"/>
	番号						
被保険者 氏名と印	フリガナ	被保険者 住所	〒				
			携帯電話 ()				
受診者氏名	続柄	接種日				申請金額 【実際にかかった 費用】	支給金額 【健保記入欄】
①	フリガナ 本人 家族	令和 年 月 日	円	円			
②	フリガナ 家族	令和 年 月 日	円	円			
③	フリガナ 家族	令和 年 月 日	円	円			
④	フリガナ 家族	令和 年 月 日	円	円			
⑤	フリガナ 家族	令和 年 月 日	円	円			
合計人数		人	合計申請金額		円	円	

振込先金融機関		
銀行	本店	
金庫・信組	支店	
支店番号	普通	口座番号
	当座	
名義人(フリガナ)		

令和 年 月 日提出

受付印

医療機関に所定の領収書などが無い場合は、下記を医療機関にて記入していただいても申請できます（切り取り不要）

様

領収書

内訳をご記入ください

(会社名は受付不可)

(円× 名)

(円× 名)

円

(インフルエンザ予防接種代、上記 名分として正に領収いたしました)

令和 年 月 日

領収印のないものは無効となります

医療機関名
所在地
印
電話番号