

発議	平成	年	月	日	決議	平成	年	月	日
----	----	---	---	---	----	----	---	---	---

常務理事	事務長	室長	課長	係長	係

「インフルエンザ予防接種補助金」請求書

平成 年 月 日

東京都報道事業健康保険組合 理事長 殿

記号 No. _____

所在地

事業所 名称

代表者 ⑩

当事業所では、インフルエンザの予防接種について被保険者を取り纏めて受診した後、医療機関へ一括立替え払いしております。

よって、下記につき別紙「インフルエンザ予防接種補助金請求に係る受診者及び同意書」に証拠書(領収書等)を添付のうえ請求しますので、被保険者の請求および委任状欄代理人(事業主)等の署名・押印に替えて取り扱いをお願いします。

因みに、補助金受領委任についての同意は受診者全員に確認済みです。

記

1. 実施内容

① 実施医療機関名

.....

② 領収証金額

..... 円 (@ × 名)

うち、対象外 名

③ 実施年月日

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

2. 別添書類

① 「インフルエンザ予防接種補助金請求に係る受診者及び同意書」

② 証拠書(一括領収書など)

以 上

「インフルエンザ予防接種補助金請求に係る受診者及び同意書」

事業所記号	
-------	--

事業所名	
------	--

	接種日	証番号	接種者氏名	㊞		接種日	証番号	接種者氏名	㊞	
1	/				21	/				
2	/				22	/				
3	/				23	/				
4	/				24	/				
5	/				25	/				
6	/				26	/				
7	/				27	/				
8	/				28	/				
9	/				29	/				
10	/				30	/				
11	/				31	/				
12	/				32	/				
13	/				33	/				
14	/				34	/				
15	/				35	/				
16	/				36	/				
17	/				37	/				
18	/				38	/				
19	/				39	/				
20	/				40	/				
							計	名		