|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|  |  |  |  |

2023年度　インフルエンザ予防接種代支給申請書(任継)

オエノンホールディングス健康保険組合

|  |
| --- |
| 申　請　日 |
| 　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険証記号・番号（必須） | 区　分（何れかに○） | 氏　　名 | 生年月日 | 請求金額 |
| ２２２－　　 | 被保険者 |  | 昭和・平成　　年　　　月　　　日 | 円 |
| 被扶養者 |

|  |  |
| --- | --- |
| 領収証貼付 |  |
|  | **（注意事項）*** **個人ごとの申請が必要**
* **領収証原本添付（コピー不可・宛名は個人名）**
* **インフルエンザの予防接種費用の明記**
* **液状のりにて貼付（セロテープでの貼付禁止）**
* **接種期間(2023.10～12)**
* **提出期限(2024.1.31)**
 |