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

2024年度　インフルエンザ予防接種代支給申請書

オエノンホールディングス健康保険組合

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　日 | 健康保険証 記号・番号（必須） |
| 　　年　　　　月　　　　日 | ・ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 社員番号 | 区　分（何れかに○） | 氏名 | 生年月日 | 請求金額 |
|  | 本　　人・被扶養者 |  | 昭和・平成　　年　　　月　　　日 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 領収証貼付 |  |
|  | **（注意事項）*** **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(2024年10月～12月)**
* **提出期限(2025年1月31日)**
 |