

様式⑧-3

『インフルエンザ予防接種』 補助金申請書【事業所用追加】

接種日	被保険者証 記号一番号 ◎番号順にご記入願います。	接種者氏名	続柄	予防接種費用 (円)		
1	/	—	本人・家族			
2	/	—	本人・家族			
3	/	—	本人・家族			
4	/	—	本人・家族			
5	/	—	本人・家族			
6	/	—	本人・家族			
7	/	—	本人・家族			
8	/	—	本人・家族			
9	/	—	本人・家族			
10	/	—	本人・家族			
11	/	—	本人・家族			
12	/	—	本人・家族			
13	/	—	本人・家族			
14	/	—	本人・家族			
15	/	—	本人・家族			
16	/	—	本人・家族			
17	/	—	本人・家族			
18	/	—	本人・家族			
19	/	—	本人・家族			
20	/	—	本人・家族			
本人	人・家族	人	ページ 計人数	人	ページ 計費用	円

西日本パッケージング健康保険組合

* この申請書のためにご提供いただいた個人情報は、当健康保険組合の実施する保健事業に利用させていただきます。当該目的以外に使用することはありません。