インフルエンザ予防接種
補助金請求書

－　ご確認ください　－
※　１３歳未満で２回接種した方の請求はまとめて請求して下さい。
※　東振協の契約医療機関で「インフルエンザ予防接種利用券」を使用して予防接種を受けた方は、すでに当組合の補助額が差し引かれているため、補助金の請求はできません。

◎記入方法　・事業所口座振込の場合・・・所在地→事業所住所、請求者名→事業主名
　　・個人口座振込の場合　・・・所在地→自宅住所　、請求者名→被保険者名

予防接種の補助金を下記の通り請求致します。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

事業所名（任意継続の方は記入不要）　健康商店㈱

所在地　〒 136 － ○○○○　東京都江東区○-○-○

請求者名（自署の場合押印省略可）　健保　太郎　㊞

日中連絡先　03　（　1234　）　5678　担当者名

（事業所口座指定の場合は記入↑）

被保険者証の記号番号	受診者名	年齢	接種回数	接種日	領収書の金額
4000 － ○○	健保　太郎	40	1回	○○ 月 ○○ 日	3,000 円
			2回	月 日	円
4000 － ○○	健保　花子	38	1回	○○ 月 ○○ 日	3,500 円
			2回	月 日	円
4000 － ○○	健保　一郎	8	1回	○○ 月 ○○ 日	3,500 円
			2回	○○ 月 ○○ 日	2,500 円
－			1回	月 日	円
			2回	月 日	円
－			1回	月 日	円
			2回	月 日	円

※組合補助金合計額（※組合記入欄）　￥

※領収書（原則原本）を貼付用紙（裏面）に貼付けしてご請求ください。

振込先金融機関									
銀行コード	1	2	3	4	○○○○	銀行（○）・信用金庫	店番号	1 2 3	○○○○ 本店・支店（○）
預金種別					口座番号				口座名義人(カタカナ)
普通（○）・当座					1 2 3 4 5 6 7				※被保険者又は事業主のもの ケンポ　タロウ

※　補助金のお支払いは、毎月末日締め、原則翌月末日支払になります。支払日について確認が必要な場合は、総務課までお問い合わせください。

※　請求書受付最終締切日：令和7年3月31日必着（期日を過ぎたものはお振込みできません）

必ず下記の当組合あてにご請求下さい

請求書提出（請求）先

〒136－0082　東京都江東区新木場１－１８－６
東京都木材産業健康保険組合 総務課宛
TEL　０３－５５３４－６３１１