

3 2 0 2

事業所記入用

常務理事	事務長	課長	係員

保健事業 補助金支給申請 申請者一覧表

① 実施項目情報	補助金支給申請を行う、項目に○をつけてください *1枚につき申請は1種類のみ	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザワクチン予防接種 <input type="checkbox"/> B型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン接種 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 上部消化管検査 <input type="checkbox"/> 大腸がん検査
----------	---	---

② 実施者情報	番号	接種者氏名	生年月日		接種年月日		バイアルシール
	①	3214	医療 太郎	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	3 5 1 2 1 0	2 8 1 2 2 0	
②	123	愛知 花子	<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成	0 8 0 9 2 3	2 8 1 2 2 0		
③	1210	健保 次郎	<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成	0 2 1 0 0 2	2 8 1 2 2 0		
④			<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成				
⑤			<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成			↑ インフルエンザワクチン・B型肝炎ワクチンを申請される場合は、バイアルシールを貼付けしてください。	
⑥			<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成				
⑦			<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成				
⑧			<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成				
⑨			<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成				
⑩			<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成				
⑪			<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成				
⑫			<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成				
⑬			<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成				
⑭			<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成				
⑮			<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成				

* 記入上の注意

- ①②の項目はすべてご記入ください。
- インフルエンザワクチン・B型肝炎ワクチン接種の申請は、バイアルシールの添付が必要です。
- B型肝炎抗体・眼底・上部消化管・大腸がん検査の申請は、検査結果一覧の添付が必要です。
- 補助金申請の際は当申請書に加え「保健事業補助金申請書 総括表」の添付が必要です。
- 実施年月日がすべて同じ場合は、記載を省略することができます。

組合使用欄

受付日付印