

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

インフルエンザワクチン予防接種 B型肝炎抗体検査 B型肝炎ワクチン接種

眼底検査 上部消化管検査 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	昭和	平成	3	5	1	2	1	0	2	8	1	2	2	0
②	123	愛知 花子	昭和	平成	0	8	0	9	2	3	2	8	1	2	2	0	
③	1210	健保 次郎	昭和	平成	0	2	1	0	0	2	2	8	1	2	2	0	
④			昭和	平成													
⑤			昭和	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			昭和	平成													
⑦			昭和	平成													
⑧			昭和	平成													
⑨			昭和	平成													
⑩			昭和	平成													
⑪			昭和	平成													
⑫			昭和	平成													
⑬			昭和	平成													
⑭			昭和	平成													
⑮			昭和	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