3	2	0	1

事業所記入用

常務理事	事務長	課長	係員

保健事業　補助金支給申請書　総括表

①事業所情報	被保険者証等	記号	事業所名称
	事業主氏名	（フリガナ）	
	住所	（〒　　-　　）	
	電話番号	TEL　　（　　）	

②振込先口座	金融機関名称 支店名	銀行　金庫　信組　農協　漁協　その他（　　）	本店　支店　その他（　　）	
	預金種別	普通　当座	口座番号	左づめでご記入ください
	口座名義	▼カタカナで記入してください		

③実施項目情報	補助金申請人数	名　＊実施日当日に当組合の資格がある方のみが対象です
	補助金申請額	円
	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

＊記入上の注意

- ①②③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。
- 申請者一覧は当組合ＷＥＢサイト上の「保健事業　補助金申請　申請者一覧表」をご利用ください。事務効率化のため、「磁気媒体申請用」をご利用いただくようご協力お願いいたします。

受付日付印

――― 組合使用欄 ―――

愛知県医療健康保険組合