

インフルエンザ予防接種助成請求書（事業所用）

年 月 日

公益財団法人相模原市勤労者福祉サービスセンター理事長 殿
センター事業助成等規程に基づき、次のとおり請求します。

事業所名		事業所番号	
		TEL	
代表者名		担当者	

請求額	会員1人 <u>1,000円 × 名 = 円</u> ※会員1名につき年度1回のみ（請求期間は10月～翌年2月）
接種日初日	
添付書類確認	<input type="checkbox"/> 医療機関発行の請求書または領収書（写し） ※インフルエンザの予防接種であることが分かる表記が必要です。 <input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種者名簿

- 接種料金として1名につき2,000円以上支払った場合に助成します。
 - 助成は、会員期間内に接種し、請求したものに限りです。対象の接種期間は10月～12月です。
 - 請求期間は、10月から翌年2月までです。
 - 助成金は指定口座に3月20日に振り込みます。
- ※ご記入いただいた個人情報は、当該助成支給目的以外には利用しません。

レシート形式の領収書は写しを
添付してください。

健康診断受診者・インフルエンザ予防接種者 名簿

事業所名		事業所番号			
請求項目	1. 健康診断助成(労働安全衛生法に基づく健康診断)	2. インフルエンザ予防接種助成(10~12月接種)			
	受診・接種者名(会員氏名)	会員番号	受診・接種日	備考	
1		-	年 月 日		
2		-	年 月 日		
3		-	年 月 日		
4		-	年 月 日		
5		-	年 月 日		
6		-	年 月 日		
7		-	年 月 日		
8		-	年 月 日		
9		-	年 月 日		
10		-	年 月 日		
11		-	年 月 日		
12		-	年 月 日		
13		-	年 月 日		
14		-	年 月 日		
15		-	年 月 日		
16		-	年 月 日		
17		-	年 月 日		
18		-	年 月 日		
19		-	年 月 日		
20		-	年 月 日		
21		-	年 月 日		
22		-	年 月 日		
23		-	年 月 日		
24		-	年 月 日		
25		-	年 月 日		
26		-	年 月 日		
27		-	年 月 日		
28		-	年 月 日		
29		-	年 月 日		
30		-	年 月 日		

※この様式は健康診断助成請求書・インフルエンザ予防接種助成請求書を申請する際の添付書類です。