

インフルエンザ予防接種補助金申請書

| | | | |
|------|------------------|---|--|
| 被保険者 | 所 属 | | |
| | 健康保険証 記号・番号 | | |
| | 氏 名 | | |
| | 住 所 | 〒 | |
| | 日中連絡が取 れる電話番号 | | |
| | メールアドレス | | |

| | | |
|---------------|-------------------------|----------|
| 予防接種を 受けた方 | 社員本人のみ受診の場合も 氏名をご記入ください | 接種費用（税込） |
| | 氏 名 | 円 |
| | 氏 名 | 円 |
| | 氏 名 | 円 |
| | 氏 名 | 円 |
| | 氏 名 | 円 |
| | 氏 名 | 円 |

- ・対象者 ：接種日に日立建機健康保険組合ご加入者の方
- ・対象接種期間：10月1日～翌1月31日
- ・対象申請期間：10月1日～翌2月末日
- ・補助内容 ：1人につきウェルネスライフポイント 2000ポイント

■提出先/お問い合わせ先

（株）バリューHR 瀬戸オペレーションセンター インフル受付係
 日立建機健康保険組合 担当
 〒489-0044
 愛知県瀬戸市栄町 45 パルティセと 108
 TEL：0561-56-7026

領収書添付用紙

領収書添付

【 注意事項 】

- ・インフルエンザ予防接種に関わる領収書（原本）を添付ください。
- ・受診者、及び接種費用が見えるよう添付ください。

| 給与調整指示書 | 補助申請（健保） | 受付・管理表 |
|---------|----------|--------|
| | | |

■提出先/お問い合わせ先

（株）バリューHR 瀬戸オペレーションセンター インフル受付係
日立建機健康保険組合 担当
〒489-0044
愛知県瀬戸市栄町 45 パルティセと 108
TEL：0561-56-7026