

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 濑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 パルティせと 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する領収書（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 濑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 パルティせと 108

TEL : 0561-56-7026