

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者	所 属	●●株式会社 △△	
	健康保険証 記号・番号	●● — ××××	
	氏 名	健保 花子	
	住 所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇123	
	日中連絡が取 れる電話番号	●●●●●—×××—△△△△	
	メールアドレス	●●△△@〇〇〇@ne.jp	

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	健保 花子	4,000 円
	氏 名	健保 太郎	4,000 円
	氏 名	健保 次郎	4,000 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