

健康 保使用 欄	常務理事	事務長	課長	担当者

(本補助金申請を希望する被保険者は、太枠内を記入してください。)

《注意事項》

被保険者証	記号	300	番号 (右詰め)					
フリガナ								
被保険者氏名 (振込口座名)								

1. 医療機関発行の領収書(原本)を添付してください。
 <領収書について>
 一括発行の場合 → 実施日、金額と人数記載のものを1枚添付
 個別発行の場合 → 実施日、金額と氏名記載のものを申請人数分添付
 ※領収書は、必ず別紙<A4サイズの用紙>に添付してください。
2. 申請額(補助額は、被保険者および被扶養者1人あたり3,000円(税込)が上限です。予防接種を2回受けた場合でも、補助は1回分のみとなります。

補助金振込先	金融機関コード				金融機関名							
	支店コード				支店名							
	口座種別	普通	当座	口座番号								

申請額(世帯合計)	

※1 被保険者のみの場合も必ず以下の欄に記入してください。 ※2 領収書は必ず＜A4サイズの白紙(別紙)＞に貼付してください。

[illegible]