

インフルエンザ予防接種助成金請求書

接種期間：令和4年10月～令和5年1月

請求金額	円	内訳 1,000円 ×	名
------	---	-------------	---

一般財団法人とかち勤労者共済センター(あおぞら共済)特別事業によるインフルエンザ予防接種助成金について、必要書類を添えて上記金額を請求いたします。

令和 年 月 日

一般財団法人とかち勤労者共済センター理事長 様



事業所番号 _____

事業所名 _____

代表者名 _____

※会員本人が全額又は一部負担がある場合は、会員1人に対して1,000円を会員本人に支払うことを確約します。

(必ず代表者印を押印してください)



接種者名簿	裏面に記載又は裏面の項目に沿って事業所で作成してください。
接種年月	令和4年10月 ~ 令和5年1月
添付書類 チェック	<input type="checkbox"/> 接種者名簿 (裏面記載又は別紙作成) ※接種日に会員資格を有する会員本人のみ(登録家族は対象外) <input type="checkbox"/> 領収書 (日付・接種者氏名及び「インフルエンザ予防接種」と記載があるもの・コピー可)
請求方法及び 振込期日	次の接種期間に接種した人数を集計してご請求ください。 令和4年10月～令和5年1月の期間に接種した分を一括で令和5年2月17日までにご請求ください。 ※あおぞら共済からの振込みは、ご請求順にご指定の口座にお振込みいたします。(振込料はあおぞら共済が負担いたします)

振込先口座 (事業所名義の口座に限ります。個人営業の場合は代表者名義の口座も可。)

金融機関名 _____ 本店 _____ 支店 _____

※銀行・信金・信組に限ります。

口座番号：普通 _____

当座 _____

フリガナ _____

口座名義人 _____

※予防接種者名簿は裏面

あおぞら共済 インフルエンザ予防接種者名簿

事業所番号 _____

事業所名 _____

※助成対象は「接種日に会員資格を有する会員本人」のみです。(登録家族は対象外となります)

※接種終了後に接種者名簿を記入のうえご請求ください。(名簿が不足の場合は、本用紙をコピーしてお使いください。)

No.	会員番号	氏 名	インフルエンザ予防接種年月日
1			令和 年 月 日
2			令和 年 月 日
3			令和 年 月 日
4			令和 年 月 日
5			令和 年 月 日
6			令和 年 月 日
7			令和 年 月 日
8			令和 年 月 日
9			令和 年 月 日
10			令和 年 月 日
11			令和 年 月 日
12			令和 年 月 日
13			令和 年 月 日
14			令和 年 月 日
15			令和 年 月 日
16			令和 年 月 日
17			令和 年 月 日
18			令和 年 月 日
19			令和 年 月 日
20			令和 年 月 日

ご担当者名 _____

電話番号 _____

※助成金請求書は裏面