

インフルエンザ予防接種補助金申込書

被保険者	所 属		
	健康保険証 記号・番号	—	
	氏 名		
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 : 接種日にプロテリアル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人につきマイヘルスポイント 2000ポイント

■提出先／お問い合わせ先

プロテリアル健康保険組合
 〒151-0051
 東京都渋谷区千駄ヶ谷 5-21-14 バリューHR ビル B1F
 TEL 03-5990-2182

給与調整指示書	補助申請(健保)	受付・管理表