

インフルエンザ予防接種補助金申込書

被保険者	所 属	株式会社●●	
	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	●● ●●	4,500 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