**令和　年度**

**支給決定ならびに支出伺**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 支　給　額 | 決定 | 令和　　年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |

**インフルエンザ予防接種補助金申請書**（※領収書本書を添付）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **記号** |  | **番号** |  | **被保険者氏名** |  | | | |
| **接種機関名** | | | **接種日** | **接種者氏名** | | **続柄** | **性別** | **年齢** |
|  | | | 令和 　年　 　月　 　日 |  | |  |  |  |
|  | | | 令和 　年　 月　 日 |  | |  |  |  |
|  | | | 令和 　年　 月　 日 |  | |  |  |  |
|  | | | 令和 　年　 月　 日 |  | |  |  |  |
|  | | | 令和 　年　 月　 日 |  | |  |  |  |
|  | | | 令和 　年　 月　 日 |  | |  |  |  |
| 令和　　　年　　　月　　　日  北陸電気工事健康保険組合理事長 殿  上記によって組合補助金　　　　 　円を請求します。  **住所**  **（Ａ）被保険者**  **氏名** | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　住所　富山市小中269番  上記の金額の受領を  　　　　　　　　　　氏名　北陸電気工事株式会社  に委任します。  **（Ｂ）被保険者　　氏名** | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  領　　収　　書  上記の金額を領収しました。  **住所**  **（Ｃ）被保険者**  **氏名** | | | | | | | | |

北陸電気工事従業員、労働組合の方は（Ａ）と（Ｂ）欄に記名　 ※1人　3,000円補助

任意継続者の方は（Ａ）と（Ｃ）欄に記名　　　　　　　　　　　　領収書の本書を裏面に貼ってください。