常務理事	事務長	課長	担当者	交付決定額	決定年月日
					年　月　日

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

年　月　日

大阪府農協健康保険組合理事長殿

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名　　　　　　㊞

下記のとおりインフルエンザ予防接種を実施したので補助金の交付を申請します。

実施年月日	
実施機関	等
予防接種費用	（合計額）
被保険者数	名（被保険者氏名等は下記のとおり）
被保険者証の記号	

保険証番号	氏　名	費用単価	保険証番号	氏　名	費用単価

※領収書の写しを添付してください。

被保険者証の記号

保険証番号	氏名	費用単価	保険証番号	氏名	費用単価