

受付	年	月	日
専務理事	事務長	担当	

## 2024年度インフルエンザ予防接種補助申請書 (事業所用)

申請日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

健康管理担当者名 \_\_\_\_\_

直通or内線(トール) \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

下記の通り、インフルエンザワクチン接種者リストファイルを添付して補助申請をいたします。

確認項目	記入確認
事業所名	
接種実施機関名	
接種単価	円
接種日	年 _____ 月 _____ 日
接種者人数	人

- ※ この申請書に記入された個人情報は補助金支給のための利用に限定しています。
- ※ 補助金の支給は、事業主を経由して行います。(任意継続被保険者・喪失者を除く)
- ※ 本補助は個人に対する補助となりますので、給与振込にて被保険者へ入金となります。

**・コマツ給与計算の事業所は、健保より手続きを行います**

・コマツ給与計算をしていない事業者は健保給付金口座に振込まれますので、給与振込にて被保険者へ入金処理を行ってください。

- ※ コマツ健保に加入していない場合は、補助対象外となりますので人数に含めないでください。