

# Application Form for Flu Vaccination

## ① Insured Person

Health Insurance Number	(記号)	(番号)
Name	Signature	
Address	〒	
Phone Number		

## ② Bank Account for Payment

Bank		Branch		Type	フツウ・( )
Account No		Account Name			

## ③ List of Vaccinated

No	Name of Vaccinated	Relationship	Date of Vaccination	Hospital/Clinic	Fee
1					yen
2					yen
3					yen
4					yen
5					yen
6					yen

## ④ Section for pasting receipt(s)

<p>Please paste the original receipt(s).</p> <p>(Only a receipt bearing the name of the person vaccinated, and has "Fee for Flu Vaccination" clearly written, will be accepted)</p>
---

## ⑤ Submit to

(Company Mail) JHQ18F Health Insurance Association

(By post) 〒658-0032 兵庫県神戸市東灘区向洋町中1-17 P&G Group Health Insurance Association

2011年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

⑥ 被保険者

健康保険記号番号	(記号) <b>50</b> (番号) <b>1234567</b>
被保険者氏名	<b>健保 太郎</b> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span> 印またはサイン
住所	〒 <b>658-1234</b> <b>大阪府神戸市田園調布 1-2-3</b> <b>タイガースマンション 202</b>
電話番号	<b>06-758-4235</b>

⑦ 振込希望金融機関

銀行名	<b>シティバンク</b>	支店名	<b>コウベ</b>	口座種別	<b>フツウ・( )</b>
口座番号	<b>1234567</b>	口座名義	<b>ケンポ タロウ</b>		

⑧ 接種者内訳

No	接種者氏名	続柄	接種日	接種機関	接種費用
1	<b>健保 太郎</b>	<b>本人</b>	<b>2011年11月05日</b>	<b>阪神病院</b>	<b>3000 円</b>
2	<b>健保 華子</b>	<b>妻</b>	<b>2011年11月05日</b>	<b>巨人クリニック</b>	<b>3200 円</b>
3	<b>健保 明信</b>	<b>子</b>	<b>2011年11月05日</b>	<b>中日こども病院 (1回目)</b>	<b>4000 円</b>
4			<b>2011年11月28日</b>	<b>中日こども病院 (2回目)</b>	<b>2500 円</b>
5			年 月 日		円
6			年 月 日		円

⑨ 領収書 貼付欄

領収書 (原本) を貼付してください

(領収書には接種者の氏名とインフルエンザ予防接種代と記入されているものに限り)

⑩ 提出先

(社内便) JHQ18F 健康保険組合 宛

(郵送) 〒658-0032 兵庫県神戸市東灘区向洋町中 1-17 P&G グループ健康保険組合宛