

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者	所 属	●●株式会社 △△部	
	健康保険証 記号・番号	●● — ××××	
	氏 名	健保 花子	
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	健保 花子	4,000 円
	氏 名	健保 太郎	4,000 円
	氏 名	健保 次郎	4,000 円
	氏 名		円
	氏 名		円
	氏 名		円

- ・対象者 ：接種日にメルカリ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2,000円

■提出先/お問い合わせ先

（株）バリューHR 瀬戸オペレーションセンター インフル受付係
 メルカリ健康保険組合 担当
 〒489-0044
 愛知県瀬戸市栄町 45 パルティセと 108
 TEL：0561-56-7026

領収書添付用紙

領収書添付

【 注意事項 】

- ・インフルエンザ予防接種に関わる領収書（コピー可）を添付ください。
- ・受診者、及び接種費用が見えるよう添付ください。

補助申請（健 保）	受付・管理表

■提出先/お問い合わせ先

（株）バリューHR 瀬戸オペレーションセンター インフル受付係
メルカリ健康保険組合 担当
〒489-0044
愛知県瀬戸市栄町 45 パルティセと 108
TEL：0561-56-7026