

※この欄は記入しないでください。

--	--	--	--	--

支給決定額	円
-------	---

インフルエンザ予防接種補助金申請書

次のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて補助金を申請いたします。
なお、補助金の受取りにつきましては、下記委任状の代理人にお支払ください。

大阪府貨物運送健康保険組合殿

令和 年 月 日

記号 - 番号	被保険者名	事業所名
—		

接種者名	続柄	年齢	接種日	医療機関名	接種料金

委任状	私は事業主を代理人とし、補助金の受領を委任します。	
	被保険者	住所 〒 令和 年 月 日 氏名
委任状	代理人	住所 〒 (事業主) 事業所名 氏名

