

インフルエンザワクチン接種助成金 請求書

事業所番号		加入者番号	
事業所名		加入者氏名	
代表者名		口数	3 4 5

助成金						円
-----	--	--	--	--	--	---

(※金額の頭に「¥」マークを記入して下さい)

助成金 発生事由に関する証明

インフルエンザワクチン接種年月日	年 月 日
------------------	-------

※ ワクチン接種証明の写しを添付 請求明細兼領収書 インフルエンザ予防接種証

上記の請求は事実に相違ないことを確認し証明します。

事業所所在地 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

振込先 ※振込口座に○をつけてください。

- ①共済掛金引落口座
- ②下記指定の振込口座

金融機関名	支店名	種類	口座番号	口座名義 (カタカナで記入)
		普・当		様

※ 記載されました情報は、助成金の支払可否判断を含む支払手続にのみ利用します。

※ 西尾商工会議所生命共済制度はアクサ生命保険㈱を引受会社とする定期保険(団体型)と西尾商工会議所が独自に実施する見舞金・祝金・助成金制度で構成されています。

つきましては、『ゆうゆう共済』給付金請求書受付の一環として、団体定期保険引受保険会社であるアクサ生命保険株式会社の社員が西尾商工会議所に対する『見舞金・祝金制度』請求の取り次ぎをさせていただきます。

会議所確認	アクサ生命確認