

小牧商工会議所 御中

小牧商工会議所生命共済制度 つつじ共済
インフルエンザ予防接種助成金請求書

事業所番号							
事業所所在地	電話 () —						
事業所名							
代表者名	印						

□ 下記加入者がインフルエンザワクチンを接種しましたので、つつじ共済のインフルエンザ助成金を請求します。記載事項が事実と相違ないことを証明いたします。

加入者 番号	加入者氏名 (カナ)	接種日	ご加入口数に○を打ってください	
			助成金 5 0 0 円	助成金 1, 000 円
		年 月 日	1 口 ・ 2 口	3 口 ・ 4 口 ・ 5 口
		年 月 日	1 口 ・ 2 口	3 口 ・ 4 口 ・ 5 口
		年 月 日	1 口 ・ 2 口	3 口 ・ 4 口 ・ 5 口
		年 月 日	1 口 ・ 2 口	3 口 ・ 4 口 ・ 5 口
		年 月 日	1 口 ・ 2 口	3 口 ・ 4 口 ・ 5 口
		年 月 日	1 口 ・ 2 口	3 口 ・ 4 口 ・ 5 口
		年 月 日	1 口 ・ 2 口	3 口 ・ 4 口 ・ 5 口
		年 月 日	1 口 ・ 2 口	3 口 ・ 4 口 ・ 5 口
		年 月 日	1 口 ・ 2 口	3 口 ・ 4 口 ・ 5 口
		年 月 日	1 口 ・ 2 口	3 口 ・ 4 口 ・ 5 口
※ワクチン接種証明書の写しを添付			合計	円

振込先

金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	口座名義
銀行 信金	支店	普通 当座		フリガナ

※本申請書に記載された個人情報は、つつじ共済のインフルエンザ助成金支払いの可否判断を含む支払い手続きにのみ利用します。
※小牧商工会議所生命共済制度「つつじ共済」は、アクサ生命保険㈱を引受保険会社とする入院給付金災害割増特約・ガン重点保障型
生活習慣病一時金特約付定期保険（団体型）+小牧商工会議所独自の給付金制度（見舞金・祝金・助成金制度）で構成されています。

取次者			