【井之口】豊田合成健康保険組合 1G行　＜1/16(月)までに健保必着＞

TEL:0587-23-6661　　FAX:0587-23-3319

室・課長	担当者
押　印	押　印 内線 (　　－

インフルエンザ予防接種費用補助申込用紙

【対象者：中学生以下（H13年4月2日～H28年7月31日生まれ）の当健保加入者】

勤務地：　　会社名：

部署：　　部・室・課

保険証記号	保険証番号（社員コード）	被保険者名	フリガナ 受診者名 （対象者は中学生以下）

健康保険組合からインフルエンザ予防接種補助券および補助金申請書を送付する際の返信先を下記へ必ず記入下さい

勤務地：	会社名：	
部署：	部・室・課	様

豊田合成健康保険組合　1G