

各種補助金請求書

- * 領収書の添付を忘れずをお願いいたします。
- * 振込先は給与口座です。(給与明細に記載はございません。)
- 申請対象のプログラムに☑をしてください。

プログラム	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ予防接種	<input type="checkbox"/>	風疹予防接種・抗体検査
	<input type="checkbox"/>	带状疱疹予防接種	<input type="checkbox"/>	子宮頸がん予防接種
	<input type="checkbox"/>	会員制リゾート施設	<input type="checkbox"/>	ユニバーサル・スタジオ・ジャパン

申請者 (被保険者)	氏名		保険証記載 記号 - 番号		生年月日
			-		
	事業所(会社)			電話番号(日中の連絡先)	
				-	
利用者	氏名	続柄	消化P *インフル・USJ 会員制リゾートのみ記	補助額	
				P	円
				P	円
				P	円
				P	円
				P	円
	合計			0	P

- 各種予防接種の補助金請求の場合は、こちらの項目もご記入ください。

医療機関名 *複数は連記	/ /	
接種日	20 年 月 日 / 20 年 月 日 / 20 年 月 日	

- 会員制リゾート施設の補助金請求の場合は、こちらの項目もご記入ください。

宿泊施設		
利用期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 泊 日 日間	

- ユニバーサル・スタジオ・ジャパンの補助金請求の場合は、こちらの項目もご記入ください。

利用日	20 年 月 日 / 20 年 月 日 / 20 年 月 日	
-----	--------------------------------	--

- 申請書送付先

U-NEXT HOLDINGS健康保険組合
〒542-0072 大阪市中央区高津3-15-2 大阪ビル本館4階