《 事業所とりまとめ 》

■ 連 名 簿

事業所健保記号	
事業所名称	

※ 補助金請求書・連名簿・領収書と合わせて提出してください。

請求期限：平成30年2月28日 必着

● 補助金請求対象者

※ 接種日に大阪自動車整備健康保険組合の資格がある被保険者・被扶養者

	保険証番号	接種者氏名	続 柄 ※○で囲んでください	１回目接種日 １回目費用	２回目接種日 ２回目費用	健保記入欄 ※記入しないで下さい １回目 補助額	 ２回目 補助額
1			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
2			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
3			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
4			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
5			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
6			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
7			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
8			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
9			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
10			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
11			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
12			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
13			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
14			本人・家族	月 日 円	月 日 円		
15			本人・家族	月 日 円	月 日 円		

※ 領収書に接種者氏名・接種日・領収印のないレシート等については、補助の対象となりません。

※ 平成30年2月1日以降の接種は、補助の対象となりません。

※ 領収書は連名簿ごとにホッチキスでとめて下さい。