

## 《 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・領収書原本と合わせて提出してください。

請求期限：平成31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

						健 保 記 入 欄	
						※記入しないで下さい	
	保険証番号	接種者氏名	続 柄 <small>※〇で囲んでください</small>	1回目接種日	2回目接種日	1回目	2回目
				1回目費用	2回目費用	補助額	補助額
1			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
2			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
3			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
4			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
5			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
6			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
7			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
8			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
9			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
10			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
11			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
12			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
13			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
14			本人・家族	月 日	月 日		
				円	円		
15			本人・家族	月 日	月 日		
				円	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31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。