

様式番号	
施	11

※

部長	課長	課長代理	扱

※

事業所コード	
--------	--

※令和 年 月 日

支出科目			※ 金額			
款	項	目				
保健事業費	保健事業費					

## 带状疱疹ワクチン接種 補助金請求書

下記のとおり請求いたします

請求金額 円

<内 訳> 被保険者 名 円  
被扶養者 名 円

令和 年 月 日

事業所の名称  
及び所在地  
事業主氏名

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

※印の欄は記入しないでください。

### <注意点>

請求時に「施10带状疱疹ワクチン補助金支給申請書」を添付してください。