様式第５号の３

「新型コロナウイルス予防接種」実施者連名簿（補助金請求用）

No.　　－　　－

健保証記号				
事業所名称		実施者数		
		被保険者	被扶養者	計
実施機関名		男 女	男 女	男 女 計
		名 名	名 名	名 名 名

健保証番号	実施者氏名	性別	続柄	接種日	実施費用	補助額 上限（2,000円） 実費	備考
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
		男・女	本人・家族	／	円	上限（2,000円） 円	
					補助額計	円	

注１．太枠内は記入しないでください。

注２．ご記入いただきました事項につきましては、補助金の支給の目的以外には使用いたしません。

名古屋薬業健康保険組合

2024.8