河合楽器健康保険組合
常　務　理　事　殿

本人	支店管轄・KSK松本	総括部門へ提出してください
	本社工場	健保へ直接提出してください
家族		

インフルエンザ予防接種実施報告書

報告年月日：（　）　年　月　日

被保険者		被保険者名
記　号	番　号	
		（フリガナ）
所属（部門）		

接種者	氏　名	続柄	接種日	支払額
		本人	（　）　年　月　日	
			（　）　年　月　日	
			（　）　年　月　日	
			（　）　年　月　日	
			（　）　年　月　日	
			（　）　年　月　日	
			（　）　年　月　日	

健保事務局記入欄	処理日	（　）　年　月　日

1. 1,000円未満の支払については補助の対象外。
2. 幼児等2回に分けて接種した場合でも1回とみなす。
3. 報告の締切は3月末日とする。
4. この実施報告書に「領収書原本」を添付すること。
   領収書は、接種者及びインフルエンザの予防接種であることが確認できるもの。

事業所総括部門		

健康保険組合		