

塩釜商工会議所「マリン共済」
インフルエンザワクチン接種助成金請求書
継続加入6ヵ月以上の加入者が該当します
(必ず「見舞金等の各制度」規約をご一読下さい)

塩釜商工会議所 御中

請求日：令和 年 月 日

事業所所在地	
事業所名	印
代表者名	
連絡先	() -

下記被共済者が助成金の請求事由に該当しますので、必要書類を添付の上、請求いたします。

助成金 発生事由証明書

〈インフルエンザワクチン接種状況〉太枠の中のみご記入ください。

NO	加入者氏名	接種年月日	加入者番号	加入年月日
1				
2				
3				
4				
5				

※ ワクチン接種証明の写しを添付（請求明細兼領収書 インフルエンザ予防接種証等）

【お振込先】 ①共済掛金引落口座 ②下記指定の振込口座 ※振込口座に○印をつけてください。

金融機関名	支店名
	銀行・信用金庫 支店
預金種類 普通 ・ 当座	口座番号
口座名義人	

※塩釜商工会議所共済制度「マリン共済」はアクサ生命保険株式会社を引受会社とする定期保険（団体型）と塩釜商工会議所が独自に実施する見舞金・祝金・助成金制度で構成されています。
※本請求書に記載された個人情報、助成金支払の可否判断を含む給付金支払手続きのみに使用します。

[商工会議所 使用欄]

当所受付日	事業所番号	助成金給付額	振込日