

インフルエンザ予防接種補助金申請書

事業所名			
被保険者	記号	被保険者	氏 名 ⑩
記号・番号	番号		

[請求内訳] (被保険者1名の申請であっても、必ずご記入ください)

	名 前	続柄	年齢	2回 接種	予防接種をした日	接種に要した費用	補 助 金 額
1		本人			年 月 日	円	
2					年 月 日	円	円
3					年 月 日	円	円
4					年 月 日	円	円
5					年 月 日	円	円
6					年 月 日	円	円

①予防接種費用が4,000円/人を下回る場合は実費補助とする

②13歳未満等2回接種を行った方は、2回接種欄に○を記入する。

※2回接種の方は、**必ず2回分まとめて申請してください** 2回目を後から申請することは出来ません

対象	人数	補助基準		補助申請金額
被保険者	1人	全額	=	円
被扶養者	人	上記2～6の合計	=	円
合 計				円

補助金請求金額	円
---------	---

ご注意

- ①インフルエンザ予防接種の領収書（原本）に限る（コピーは不可）。
領収書には「インフルエンザ予防接種費用」と「接種者氏名」を明記してもらって下さい。
- ②領収書の宛名は被保険者又は被扶養者に限ります。
- ③補助金請求は、事業所（総務）経由で健康保険組合へ提出してください。
- ④毎月末締切、翌月の給料振込み。
(任意継続者は指定口座へ振込み)

領収書等は、本書裏面に貼付してください