

インフルエンザ予防接種補助金申請書

補助金申請手続き及び受領について、別紙加入員から同意・委任を受けましたので申請します。		事業所記号 _____
事業所所在地		接種者数
事業所名称	印	1回目 _____ 名
電話番号		2回目 _____ 名
振込先	預金種別	1：普通 3：その他 2：当座 ()
	口座番号	口座名義
		銀行 金庫
		フリガナ
		本店 支店

(注意事項)

- この申請書は、事業所で取りまとめて申請手続きをするための用紙です。
※振込先は事業主様名義の口座に限ります。
- 補助対象者は、接種日当日に当健保組合に加入している方とします。
- 補助金額については、被保険者・被扶養者2,000円を補助します。
(小学校6年生までの被扶養者に限り、2回目1,000円を補助します。)
※1回の予防接種費用が2,000円(2回目1,000円)未満の場合は、補助対象外です。
※市区町村等から助成を受けている場合でも、補助対象といたします。
- 年齢は当該年度末の年齢を記入してください。
- 記入誤りは二重線で消し、正しく書き直してください。(修正テープは使用しないでください。)
- 必要添付書類……領収証の原本
※領収証は、下記「記載例」の①～⑤が確認できるよう実施医療機関に記載をお申し出ください。
(①～⑤の内容が確認できない場合や、領収明細書のみで領収証がない場合は受付いたしません。)

「記載例」

①接種者氏名 〇〇 △△ 様	領 収 証 〇〇年〇〇月〇〇日	③接種年月日 〇〇年〇〇月〇〇日
②予防接種費用 〇, 〇〇〇円ー	〇〇様 〇,〇〇〇円 〇〇様 〇,〇〇〇円	⑥複数の場合 余白に接種者氏名と 予防接種費用をそれ ぞれ記載。
但し、インフルエンザ予防接種代として領収いたしました。		
④予防接種名称	⑤医療機関名称および領収印 □□□□病院 (印)	受付日付印