

専用台紙（インフルエンザ予防接種用）

被保険者 記号一番号							1回目 名	2回目 名
委任状	この補助金の受領を事業主に委任します。 被保険者氏名					※補助金は事業所の指定口座に振り込みますので、委任状欄へ被保険者の署名が必要です。		
接種者氏名	続柄	年度末年齢	接種日	接種費用	接種回数			
	本・家	歳	月 日	円	1回目・2回目			
	本・家	歳	月 日	円	1回目・2回目			
	本・家	歳	月 日	円	1回目・2回目			
	本・家	歳	月 日	円	1回目・2回目			
	本・家	歳	月 日	円	1回目・2回目			

この線より下に、領収証の原本をのり付してください。  
(貼りきれない場合は裏面をご利用ください。)

(注意事項)

- 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  
※領収証は必ずこの専用台紙に貼付し、事業所の健康保険事務ご担当者の方に提出してください。  
※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)

領 収 証	
①接種者氏名 〇〇 △△ 様	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-	〇〇様 〇,〇〇〇円 〇〇様 〇,〇〇〇円
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	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。
⑤医療機関名称および領収印 □□□□病院 (印)	