専用台紙（新型コロナウイルスワクチン接種用）

被保険者 記号－番号				－					接種者数　　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	
	本・家	歳	月　日	円	
	本・家	歳	月　日	円	
	本・家	歳	月　日	円	
	本・家	歳	月　日	円	
	本・家	歳	月　日	円	

－・－・－・－・－・－・－・－・－・－・－・－・－・－・－・－・－・－・－

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）

１．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。

２．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。

※１回の予防接種費用が２，０００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。

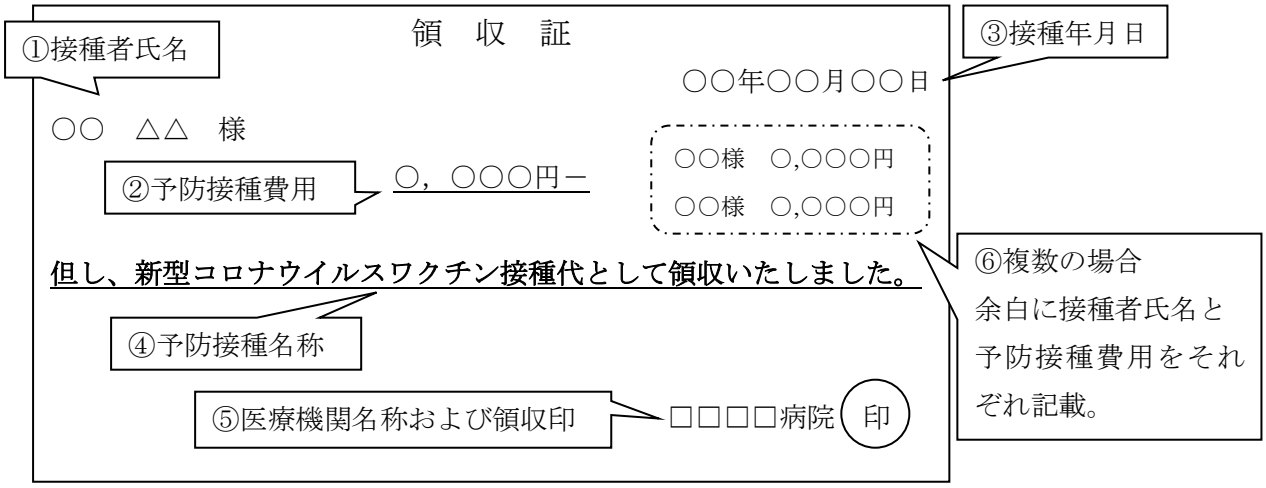
３．年齢は当該年度末の年齢を記入してください。

４．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。）

５．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）