

インフルエンザ予防接種 補助金申請書

(被保険者が記入するところ)

被保険者証の 記号		被保険者の氏名		印
番号				
所属名称				連絡先

区分	氏名		接種1回目上段、2回目下段に記入してください。		
	生年月日	続柄	年	月	日
接種者①	昭和・平成・令和	続柄	令和	年	月 日
	昭和・平成・令和	続柄	令和	年	月 日
接種者②	昭和・平成・令和	続柄	令和	年	月 日
	昭和・平成・令和	続柄	令和	年	月 日
接種者③	昭和・平成・令和	続柄	令和	年	月 日
	昭和・平成・令和	続柄	令和	年	月 日
接種者④	昭和・平成・令和	続柄	令和	年	月 日
	昭和・平成・令和	続柄	令和	年	月 日
接種者⑤	昭和・平成・令和	続柄	令和	年	月 日
	昭和・平成・令和	続柄	令和	年	月 日

被保険者または被扶養者

(添付書類) 下記の内容を満たした領収書の原本を添付してください。

1. 接種者の氏名と金額、接種年月日、インフルエンザ予防接種を受けたことわかる領収書を添付してください
2. 領収書が世帯で発行される場合は、内訳(接種者と金額)の記載を医療機関へ依頼してください。
3. 2回接種した場合は、領収書に1回ごとの接種金額を記載していただくように医療機関へ依頼してください。

※在籍者の方は給与振込になります。

※退職者(任意継続被保険者)の方のみご記入下さい。

※被保険者名様の口座をご記入下さい。

----- 銀行 ----- 支店 ----- 預金種目 (普通 ・ 当 座) -----

口座番号 ----- 口座名 -----

(健保組合記入欄)

常務理事	事務長	担当者	決定金額
備考			円
接種補助金			円 × 名

補助金は 2,500 円(上限)とします。
各年度1回限りで1月末までに当健康保険組合に申請してください。