

## インフルエンザ予防接種 補助金申請書

被保険者証	被保険者氏名	
記号                      番号		
所属名称		

区分	氏 名		続柄	接種日		支払った金額
	生年月日			1回目は上段 2回目は下段に記入		
被 保 険 者 ま た は 被 扶 養 者	接種者①			令和    年    月    日		円
		昭和・平成・令和    年    月    日		令和    年    月    日		円
	接種者②			令和    年    月    日		円
		昭和・平成・令和    年    月    日		令和    年    月    日		円
	接種者③			令和    年    月    日		円
		昭和・平成・令和    年    月    日		令和    年    月    日		円
	接種者④			令和    年    月    日		円
		昭和・平成・令和    年    月    日		令和    年    月    日		円
	接種者⑤			令和    年    月    日		円
		昭和・平成・令和    年    月    日		令和    年    月    日		円

(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には、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り込みになります。

退職者（任意継続被保険者）の方のみご記入ください

振込先（被保険者名義の口座をご記入ください）			
銀行	支店	普通・当座	口座番号
			口座名

(健保組合記入欄)

決定金額	接種補助金
円	2500円 ×                      名

常務理事	事務長	担当者

補助金の上限は2500円とします。各年度1回限りで1月末日までに健保組合に申請してください。