

印刷は必ず裏面白地のA4用紙で行ってください。

【提出先】所属事業所健康管理担当(任意継続の方:健保)

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

太枠内を記入のこと

健康保険証 の 記号・番号		記号		番号		被保険者氏名	社員No.		健保補助人数 人	
接種した方について記入	氏名	年齢 (歳)	区分	接種した医療機関名		1回目 窓口負担額 接種年月日		2回目 窓口負担額 接種年月日		健保補助額 *記入不要
			本人 家族			円	円			
			本人 家族			年 月 日	年 月 日			
			本人 家族			円	円			
			本人 家族			年 月 日	年 月 日			
			本人 家族			円	円			
			本人 家族			年 月 日	年 月 日			

在職中の方は事業主経由で補助金を支給しますので、下記にも記入願います。(任継者は記入不要)

委任状	インフルエンザ予防接種補助金の受領を事業主に委任します。 事業所名 _____ 被保険者氏名 _____ (印)
-----	--

受付年月日

注) 1. 補助は

- ①接種した日に当健康保険組合の被保険者、被扶養者であること。
- ②予防接種法の対象となる65歳以上の方でないこと。
- ③毎年10月1日～翌年1月31日に接種したものが対象となります。接種後速やかに、この申請書を事業所経由にて当健康保険組合へご提出ください。
2. 裏面に領収書(コピー不可)を貼り付けてください。
3. 領収書には、次の項目を明記してもらってください。
 - ①予防接種者氏名(複数人数で接種の場合は、それぞれの氏名と支払金額がわかること)
 - ②インフルエンザ予防接種と明記してあること
 - ③支払い金額(他の項目と合計金額が一緒の場合は、インフルエンザ予防接種の金額がわかること)
 - ④領収日と受診日が異なる場合は受診日も明記すること
 - ⑤2回接種分が1枚の領収書になっている場合、回数がわかること
4. 小学生以下は2回接種分を補助します。1回目、2回目を一度に申請してください。
補助は年度内1度限りとしますのでご注意ください。
5. 最終提出期限は、2月末日(各事業所担当)となります。

事業所使用欄

< 健保使用欄 >

支給・支出何	支給額				常務理事	事務長	係