

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

【被保険者へ】 * 太枠内を黒のボールペンでご記入ください。(事務担当者による記入も可)
* 鉛筆や消すことのできるボールペンで記入されたものは受付できません。

事業所記号		事業所名称				
接種者名簿						
被保険者証番号	接種月日	接種者氏名	本人・家族	年齢	接種料金	〔組合処理欄〕 組合補助額
	/	① 代表接種者氏名	本・家		円	円
	/		本・家		円	円
	/		本・家		円	円
	/		本・家		円	円
	/		本・家		円	円

【医療機関の方へ】 * インフルエンザ予防接種の領収書の記入をお願いいたします。

領 収 書 (インフルエンザ予防接種料)		
代表接種者氏名	年 月 日	
②		
様		
金	円(名分)	
	上記金額を領収しました。	
所在地		
医療機関名		
代表者氏名		印

【事業主又は事務担当者記入欄】

上記のとおり、補助金の申請をします。 なお、接種者は右の者を代理人と定め、補助金受領を委任 することに同意を得て提出しています。	給付金受領代理人氏名
事業所所在地	受付印
事業所名称	
事業主氏名	

【注意事項】

- 補助額の上限は1人あたり2,000円(年度内1回限り)です。
- 被保険者証番号欄に枝番の記入は不要です。
- 対象者が複数の場合は、被保険者証番号順にご記入ください。
(6名以上の場合は続紙をご利用ください。)
- ①、②は代表接種者氏名をご記入ください。
- 領収書欄に必ず証明を受けてください。
- 領収書欄に証明を受けることができない場合は、必ず領収書の原本を添付してください。
(領収書の原本の返却には応じられません。)
- 給付金受領代理人氏名欄は、当健保組合へ提出されている「給付金受領代理人・口座届」に基づき、登録された代理人名をご記入ください。

