様式 第4号－2

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						〔組合処理欄〕 組合補助額
被保険者等番号	接種月日	接種者氏名	本人・家族	年齢	接種料金	
	／	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

② 様

年 月 日

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 ㊞

【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	
事業所名称	
事業主氏名	

受付印

〔注意事項〕
1. 補助額の上限は1人あたり2,000円(年度内1回限り)です。
2. 被保険者等番号欄に枝番の記入は不要です。
3. 対象者が複数の場合は、被保険者等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。)
4. ①、②は代表接種者氏名をご記入ください。
5. 領収書欄に必ず証明を受けてください。
6. 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。)
7. 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。

通信機器産業健康保険組合 (R6.12)

様式　第4号－2【続紙】

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

事業所記号

接種者名簿						〔組合処理欄〕 組合補助額
被保険者等番号	接種月日	接種者氏名	本人･家族	年齢	接種料金	
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円
	／		本・家		円	円