

インフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を申請いたします。

## インフルエンザ予防接種 補助金申請書

※「接種を受けた医療機関等の名称」の欄は、同一の医療機関であれば「同上」で可。

被保険者証の		被保険者の氏名	フリガナ	
記号	番号		署名もしくは記名押印	
職場名		内線番号		

区分	氏名		被保険者との続柄	接種を受けた医療機関等の名称	
	生年月日			接種年月日	接種1回分の支払金額
被保険者または被扶養者	接種者①	年 月 日		年 月 日	円
		年 月 日		年 月 日	円
	接種者②	年 月 日		年 月 日	円
		年 月 日		年 月 日	円
	接種者③	年 月 日		年 月 日	円
		年 月 日		年 月 日	円
接種者④	年 月 日		年 月 日	円	
	年 月 日		年 月 日	円	
接種者⑤	年 月 日		年 月 日	円	
	年 月 日		年 月 日	円	
接種者⑥	年 月 日		年 月 日	円	
	年 月 日		年 月 日	円	

補助金支給方法	当月10日までに健保組合に申請書が到着したものを、翌月25日頃に事業主を経由して支給します。2024年度から「予防接種補助金支払通知書」の発行は省略させていただきます。
---------	--

(添付書類) 下記の内容を満たした領収書(原本)を裏面に貼付(のり付け)してください。

- 接種者の氏名と金額、接種年月日、インフルエンザの予防接種であることがわかること
- 領収書が世帯で発行される場合は、内訳(接種者氏名と金額)が記載してあること
- 2回接種の場合は、2回分の領収書と一緒に貼付してあること  
(1回分で2,000円以上の場合は、1回分だけの領収書で結構です)

期限：申請書に領収書を貼付し、3月7日までに健保組合または各事業所健保担当者へ提出してください。  
(申請期限を過ぎた場合、補助金の支給はできませんのでご注意ください)

(健保・事業所使用欄)

補助支給額	円	理事長	常務理事	事務長	担当者
事業所受付年月日	健保受付年月日	支払年月日	備考		