

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証記号		被保険者氏名		⑨	
被保険者証番号					
被接種者の氏名	接種した日	続柄	年齢	接種に要した費用	支給額 (組合記入欄)
		本人			
		家族			
		家族			
		家族			
		家族			

注意事項

- ① 補助の対象者は、予防接種時に被保険者及び被扶養者であること。
(※但し、予防接種法に定めるところにより市区町村から全額又は一部の補助を受けている者は除く)
- ② 10月1日から翌年1月末までに接種した費用に対し、1人1回の補助とする。
- ③ 1人 1,000円を補助限度額とし、補助限度額に満たない接種費用については、実費とする。
- ④ 補助金申請書は必ず領収書の原本を下記の添付欄に貼り事業所の担当者を通して、当健保組合に平成24年2月末までに提出すること。(領収書の返却はできません)
- ⑤ 領収書は、予防接種者氏名・接種年月日・医療機関名・医療機関の領収印、接種費用、インフルエンザ予防接種代の明記のあるものを添付すること。

インフルエンザ予防接種 領収書 添付欄

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。