

インフルエンザ予防接種 補助金支給申請書

| 被保険者（補助金申請者）記入欄 | | | |
|---|-------|-------|--------|
| 保険証 | 記号 | | 被保険者 |
| | 番号 | | 氏名 |
| 事業所名 | | | 電話（内線） |
| 所属部署名 | | | |
| ●10月1日～同年12月31日までに接種した費用に対し、 <u>1名につき1回、一律1,000円を補助します</u> ※ <u>小学生以下も1回のみ補助となります</u> ※予防接種費用が1,000円未満の場合は、実費を補助します | | | |
| 受診者氏名 | 区分 | 医療機関名 | 接種料金 |
| 【記入例】 健保 太郎 | 本人・家族 | 新電元病院 | 3,000円 |
| | 本人・家族 | | 円 |
| 合計金額 | | | 円 |

1家族分を1枚にまとめ1回で申請してください

| 健康保険組合記入欄 | | | |
|-----------|---|---------|---|
| 補助金対象者 | 人 | 補助金合計金額 | 円 |

『注意事項』

- 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方です。
- 補助金申請は、必ず領収書の原本を添付して当健保組合まで提出して下さい。
- 領収書には以下の記載が必要です。

- ・接種年月日
- ・医療機関名
- ・接種者氏名（複数で接種した場合は、それぞれの氏名が記載されていること）
- ・予防接種名（インフルエンザ予防接種代であることが明示されていること）
- ・単価

注意事項：レシートタイプで領収書扱いできないものは、医療機関に正式な領収書の発行を依頼して下さい。

【申請締切日：2025年2月28日（金） 健保組合必着】