

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	5	被保険者
	番号	20	氏名
新電元△△株式会社			健保 太郎
事業所名	新電元△△株式会社		電話（内線）
所属部署名	総務部総務課		822-2820
<p>●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></p> <p>※<u>小学生以下も1回のみ補助となります</u></p> <p>※予防接種費用が1,000円未満の場合は、実費を補助します</p>			
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
健保 太郎	(本人)・家族	ひまわり医院	4,000円
健保 花子	本人 (家族)	ひまわり医院	4,000円
健保 光一	本人 (家族)	ひまわり医院	3,000円
	本人・家族		円
	本人・家族		円
合計金額			11,000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	補助金合計金額
人	円

『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方です。
2. 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。
3. 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：2024年2月29日（木） 健保組合必着】