

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 氏名	健保 太郎
	番号	20		
事業所名	新電元△△株式会社		電話（内線） 822-2820	
所属部署名	総務部総務課			
●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> ※小学生以下も1回のみ補助となります ※予防接種費用が1,000円未満の場合は、実費を補助します				
1 家族分を 1枚に まとめ 1回で 申請し てくだ さい	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

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】