

この上に領収書(原本)を
ホッチキスでしっかりと留
めて下さい。

インフルエンザ予防接種補助金申請書

【記入上の注意事項】

- 裏面をよく読んだうえ、太枠内を全て記入してください。(被保険者自らが記入する場合には、押印は不要です)
- 領収証は、①接種者氏名(複数名の場合は全員) ②接種者ごとの接種料金 ③接種年月日 ④医療機関の印
または医師等の認印 ⑤病院名 ⑥受診内容(インフルエンザ予防接種代であることを明記してもらって下さい。
※原則レシートは認められません。接種した病院に領収書の発行を依頼して下さい。
- 接種後、速やかにご申請下さい。なお、扶養家族それぞれが別日程で接種される場合は、全員の接種が終了した
後に一括で申請するようご協力ください。
※申請の最終受付は**4月15日(必着)**です。期日を過ぎると補助が受けられませんのでご注意下さい。
- 接種が2回にわたる場合は、それぞれについてご記入下さい。なお、接種が1回の場合には「1回目」の欄のみに
ご記入下さい。
- 補助上限額は年間2,000円です。既に本年度上限額の支給を受けている方については、再度申請できません。

【申請日】平成 年 月 日

被保険者(申請者)欄				
健康保険証記号番号		氏 名		自宅住所
記号	番号	フリガナ (自 署)	(印)	〒 ー
ー	ー			
"06136519"は個人の記号・番号ではありません!				
法人名	店・部コード	所属店部名	担 当	電話番号(日中連絡がとれる番号)
				1. 職場 2. 自宅 3. 携帯 ()

接種した方			※補助対象者は、接種日当日に当組合の被保険者および被扶養者の資格がある方です。			
氏 名	続柄 <small>本人・妻・子 (長男・長女) など</small>	接種した医療機関(病院)名	支払金額		※健保使用欄	
			接種年月日		補助金額	
大・昭・平 年 月 日			1回目	円		
			平成 年 月 日	円		
大・昭・平 年 月 日			2回目	円		
			平成 年 月 日	円		
大・昭・平 年 月 日			1回目	円		
			平成 年 月 日	円		
大・昭・平 年 月 日			2回目	円		
			平成 年 月 日	円		
大・昭・平 年 月 日			1回目	円		
			平成 年 月 日	円		
大・昭・平 年 月 日			2回目	円		
			平成 年 月 日	円		
大・昭・平 年 月 日			1回目	円		
			平成 年 月 日	円		
大・昭・平 年 月 日			2回目	円		
			平成 年 月 日	円		
大・昭・平 年 月 日			1回目	円		
			平成 年 月 日	円		
大・昭・平 年 月 日			2回目	円		
			平成 年 月 日	円		
補助額合計					補助額合計	

健保使用欄			
常務理事	事務長	マネジャー	担当者

受付印