

健康保険組合記入欄								
支給決定日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	事務長補佐	担当
支給決定額								
				円				

**インフルエンザ予防接種補助金申請書（被扶養者及び任意継続被保険者限定）**

被保険者（申請者）記入欄 ※着色箇所のみ入力・記入・選択											
被保険者証	記号		被保険者氏名		医療機関名	領収書金額	公的補助額	自己負担額	申請金額	所属会社（事業主）名	
	番号										
利用者①	氏名		続柄	接種月/日							
利用者②				/							
利用者③				/							
利用者④				/							
利用者⑤				/							
合計					0	人	申請金額合計			0	円
<p>註）領収書金額 添付された領収書に記載された金額（税込）  公的補助額 都道府県市町村等から受けた補助額  但し、補助額が差し引かれた領収書が添付されている場合は、記入不要  自己負担額（領収書金額）－（公的補助額）  申請金額 健保組合への請求金額（1,500円/人が上限）</p> <p>添付した領収書に記載されている医療機関において、インフルエンザの予防接種を受けたので補助金を申請します。</p> <p>この請求については、下記代理人に委任します。 被保険者氏名 _____</p> <p>申請日 _____ 註）申請日は、実費用発生日（支払日）にかかわらず接種日以降</p> <p>代理人（受任者）事業所名 _____  （任意継続者の方は、代理人委任とはならず、被保険者本人申請となります。）</p>											

健保組合記入欄	
確認欄	（修正額）

※ 領収書はホチキスまたはクリップで申請書に添付して下さい。

尚、以下の内容が記載されている領収書（原本に限る）を添付願います。

- ① 接種を受けた（補助申請対象者）全ての被扶養者等の氏名
- ② 接種日 ※ 令和4年10月1日～令和5年1月31日に限る
- ③ 接種を受けた医療機関名
- ④ インフルエンザ予防接種代の単価
- ⑤ インフルエンザ予防接種代である旨

念の為、申請書コピーをお手元に保管下さい。

**※任意継続の方【補助金振込先口座明細】**

金融機関名

支店名

口座種類

口座番号

口座名義人  
（カナ）