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		所属会社（事業主）名	
	番号					

	氏　　名	続柄	接種月/日	医療機関名	領収書金額	公的補助額	自己負担額	申請金額
利用者 ①			/					
利用者 ②			/					
利用者 ③			/					
利用者 ④			/					
利用者 ⑤			/					

健保組合記入欄	
確認欄	（修正額）

合計　0 人　　**申請金額合計**　0 円

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）

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。

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

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

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。）

※ 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5年10月1日～令和6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）

川崎汽船健康保険組合