

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	901	被保険者氏名		所属会社（事業主）名	任意継続	補助金送金先を明記ください		
	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			/						
合計 _____人					申請金額合計 _____円				
注）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 _____			注）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						
（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。）									

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）