

インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

事業所名	〇〇株式会社					
被保険者証記号・番号	〇〇	-	〇〇〇〇〇〇			
被保険者氏名	健保 太郎					
合計申請金額	円					
予防接種者①	氏名	健保 花子	生年月日	00年00月00日	金額	0000 円
	予防接種日	00年00月00日	医療機関名	〇〇内科		
予防接種者②	氏名	健保 一郎	生年月日	00年00月00日	金額	0000 円
	予防接種日	00年00月00日	医療機関名	〇〇小児科		
予防接種者③	氏名		生年月日		金額	円
	予防接種日		医療機関名			
予防接種者④	氏名		生年月日		金額	円
	予防接種日		医療機関名			
予防接種者⑤	氏名		生年月日		金額	円
	予防接種日		医療機関名			

◀ 添付証憑 : 領収書原本 (インフルエンザ予防接種を明記のこと) ▶

【 注意事項 】

対象者 : 被扶養者 (年齢不問)

予防接種対象期間 : 10月1日～翌年2月末日

補助額 : 実費補助 (1人 上限3,000円)

13歳以上は、1年度内に接種1回が補助対象。

13歳未満は、1年度内に接種2回の合計額に対して上限3,000円が補助対象。

申請方法 : 領収書原本 (インフルエンザ予防接種を明記のこと) を添付して、2月末日までに、健康保険組合
又は各事業所の社会保険担当に提出下さい。領収書原本は返却できません。