

インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請日 年 月 日

事業所名							
被保険者証記号・番号		—					
被保険者氏名							
合計申請金額	円						
予防接種者①	氏名		生年月日		金額		円
	予防接種日		医療機関名				
予防接種者②	氏名		生年月日		金額		円
	予防接種日		医療機関名				
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				

【 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 : ①申請書、②領収書全員分（インフルエンザ予防接種を明記のこと）を
1つのファイルにスキャンして、下記メールアドレスにファイル添付でご提出ください。
提出先アドレス gp-kenpo@chori.co.jp
件 名 インフルエンザ予防接種補助金