

インフルエンザ予防接種補助申請書(記載例)

常務理事	事務長	担 当

被 保 険 者			
被 保 険 者 証		所 属 事 業 所 名	住 所
記 号	番 号		
〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇(会社名)	氏 名
		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 〇〇-〇〇-〇〇	
		健保太郎	

接 種 を 受 け た 人						
氏 名	年 齢	続 柄	接 種 日	医 療 機 関 名	接 種 料 金	※ 補 助 金 額
健保太郎	50	本人	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇病院	円 3,000	円
健保花子	45	妻	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇病院	円 3,000	円
健保一郎	17	子	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇病院	円 3,000	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
					補助金合計	円

※欄は記載しないで下さい。

補助金振込先(任継者用)				
金 融 機 関 名	支 店 名	種 別	口 座 番 号	被 保 険 者 の 口 座 名 (フリガナ)
銀行	支店	普通		

領 収 書 貼 付 欄	
<p>1. 接種医療機関が発行した「領収書(原本)」を貼り付けて下さい。(領収書のコピーやレシートは不可です) 領収書に次の記載があるか確認してください。</p> <p>(1)日付 (2)接種を受けた人の氏名 (3)接種名(インフルエンザ予防接種) (4)医療機関名および押印 (5)接種料金(他の診療費と一緒に場合は1人当りの予防接種料金がわかるように記載してもらう)</p> <p>2. 申請する場合の条件</p> <p>(1)対 象 者: 74歳迄 (2)対象期間: 10月1日～翌年1月31日 (3)補助金額: 年度1回 1人3,000円を上限とする実費 (4)申請期限: 接種した家族全員分をまとめて2月末日までに申請</p>	