

※ この欄には記入しないで下さい。

令和 年 月 日

常務理事	総務部長	担当者

下記のとおり支給してよろしいか。

補助金	
支給額	円

インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

事業所 担当者の印		補助金は3月末に、事業所宛まとめてお支払いいたします。
事業所名		
事業所記号		
補助金申請対象者数	被保険者 _____ 名分	
補助金申請金額	_____ 円	

上記のとおり予防接種を受けたので、※領収証(書)及び接種者名簿を添付のうえ、インフルエンザ
予防接種費用補助金の申請をします。 ※領収証(書)は領収証添付票に添付してください。名前のない領収書は
受付できません。集団接種での領収書は明細(接種者のわかるもの)が必要です。
同時に2名以上の申請を出す場合は、接種者名簿を添付してください。

令和 年 月 日

所在地

事業所名

事業主名

印

電線工業健康保険組合 御中

申請書は接種年度の2月末日必着です。

2月は申請が集中しますので、できるだけ申請の都度、提出いただきますようお願いいたします。

接 種 者 名 簿

※名簿についてはメールでの受付けもしています。

電線工業健保組合 densenkenpo@msa.biglobe.ne.jp

名分

※補助金額:被保険者1名につき1,500円上限

	被保険者番号	接種者氏名	接種(支払)金額(円)	補助金申請金額(円)
1	-			
2	-			
3	-			
4	-			
5	-			
6	-			
7	-			
8	-			
9	-			
10	-			
11	-			
12	-			
13	-			
14	-			
15	-			
16	-			
17	-			
18	-			
19	-			
20	-			
21	-			
22	-			
23	-			
24	-			
25	-			
26	-			
27	-			
28	-			
29	-			
30	-			
			補助金計	

インフルエンザ予防接種補助金 領収証(書)添付票

※ 提出日:令和 年 月 日

記号 <small>※保険証を確認してください</small>	番号	氏名 <small>※保険証を確認してください</small>	個人コード	領収書金額
部署			勤務地	

※記号・番号・氏名・領収金額は必ず記入してください。その他は必要に応じて記入してください。

領収証(コピー可)添付欄

総務提出期限 令和 年 月 日()必着

※領収証がはがれない様
のり付けしてください

接種者氏名及び医療機関の領収印必須
インフルエンザの予防接種とわかるもの

■注意事項■

- ・補助対象者:被保険者のみ。(被扶養者は対象外)
- ・費用補助限度額:一人あたり1,500円。ただし、費用が1,500円未満の場合はその額。
- ・健保への提出期限:接種年度2月末日(期限を過ぎると受付出来ませんのでご了承ください。)
- ・市町村等で費用補助を受けられる場合は、健保の補助金は支給できません。
- ・東振協提携医療機関にて接種した方は申請不要です。