【健康保険組合申請用】

※ 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、※領収書(証)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。

※領収書(証)は領収書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。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。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。明細は該当機関発行のもの。ない場合は名簿等に該当機関の証明が必要です。

令和　　年　　月　　日

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名

事業主名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

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、月ごとに提出いただきますようご協力お願いいたします。

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。
電線工業組合組合 densenkenpo@msa.biglobe.ne.jp

名分

※補助金額:被保険者1名につき2,000円上限

	健康保険証 記号-番号	接種者氏名	接種支払(領収書) 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	

【健康保険組合申請用】

インフルエンザ予防接種補助金 領収書(証)添付票

提出日:令和　　年　　月　　日

健康保険 記　号	※(保険証を確認してください) 番　号	※　(保険証を確認してください) 氏　　名	個人コード	※ 領収書金額
部　　署			勤　務　地	

※記号・番号・氏名・領収書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。

領収書(コピー可)貼付 欄	総務提出期限　令和　　年　　月　　日(　　)必着

※領収書がはがれないよう

のり付けしてください

医療機関発行のもので、接種者氏名必須。
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2,000円。ただし、費用が2,000円未満の場合はその額。

・組合への提出期限: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る場合は、組合から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。