

※ 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

記号・番号	31 -	事業所名称	任意継続
フリガナ 氏名			
実施医療機関		支払った金額	円
領収書(写し)添付欄			
<p>※領収書がはがれない様 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)</p>			
<p>■注意事項■</p> <ul style="list-style-type: none">・補助対象者:被保険者のみ。(被扶養者は対象外)・接種対象期間:10月1日～翌年1月31日迄。・費用補助限度額:一人あたり1,500円。費用が1,500円未満の場合はその額。・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。・健保への提出期限:接種年度の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。)			

補助金振込み先口座を記入ください。(信用金庫、信用組合、農協、ゆうちょへの振込可能です。)

振込先	銀行	支店	普通・当座	口座番号	
-----	----	----	-------	------	--

上記のとおり予防接種を受けたので、領収書を添付のうえ、インフルエンザ予防接種費用補助金の申請をします。

令和 年 月 日

被保険者住所 〒

氏名 _____ 印

電話 _____

※インフルエンザ予防接種補助金の支払日は3月末日です。