※ この欄には記入しないで下さい。

常務理事	総務部長	担当者

令和　　年　　月　　日

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

健康保険証 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

※領収書がはがれないよう
のり付けしてください
（接種者氏名必須）

■注意事項■

・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2,000円。ただし、費用が2,000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、組合の補助金は支給できません。

組合への提出期限：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

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。

（提出先）　電線工業健康保険組合
〒530-0051　大阪市北区太融寺町5-13