

インフルエンザ予防接種補助金申請書

		事業所名	日本板硝子株式会社 ○○事業所	
本人記入欄	被保険者証の記号番号	被保険者氏名		被保険者生年月日
	10	12345	日板 硝太 日板印	昭和 55 年 7 月 22 日 平成 令和
	インフルエンザ予防接種を受けた方の内訳を記入してください。(被保険者本人の日付は和暦で記入して下さい。)			
	氏名	生年月日	続柄	医療機関で支払った金額
	日板 硝太	昭 ・平・令 55 年 7 月 22 日	本人	3,000 円
	日板 菜々子	昭 ・平・令 57 年 9 月 15 日	妻	3,000 円
	日板 硝太郎	昭・ 平 ・令 19 年 3 月 28 日	長男	(1回目) 1,000 円
	日板 硝太郎	昭・ 平 ・令 19 年 3 月 28 日	長男	(2回目) 1,000 円
		昭・平・令 年 月 日		円
健康記入欄	[補助金の算定] 1人当たり補助額 × 補助対象者人数 = 補助額 ※健保記入欄記入不要 円 × 名 = 円 2,000 円 × 名 = 円			
	支給決定金額		円	

《※印は退職者記入欄》

任意継続被保険者は、「健康保険任意継続被保険者資格取得申請書」に記載の指定口座を記入してください。

支払金融機関	※	銀行・農協	本店・支店
	※在籍者は記入不要(給与支給) ※退職後の請求の方は記入してください。 ※任意継続被保険者は、「健康保険任意継続被保険者資格取得申請書」に記載の指定口座を記入してください。		
	口座名義		

- 注意事項
- 診療内容の確認のため、医療機関発行の「領収書」の原本を必ず添付してください。
(同一年度内に2回予防接種を受けられた方は、2回分の領収書を添付)
 - 領収書には医療機関による次の項目の記載が必要です。
①接種者氏名 ②受診内容『インフルエンザ予防接種』を明記 ③接種年月日
④医療機関名 ⑤医療機関の印または医師の認印
 - 補助の対象となる方は、被保険者と健保の被扶養者です。(ただし、他の法令により公費負担がある場合、公費負担額が健保補助額 2,000円未満の時は差額分の補助となります。)

受付印

事業所担当者		