

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	
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	
本人記入欄	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。(被保険者本人は和暦で記入して下さい。)				
	氏名		生年月日		続柄
	日板 硝太		昭和 55 年 7 月 22 日 平成		本人
	日板 菜々子		昭和 57 年 9 月 15 日 平成		妻
	日板 硝太郎		昭和 19 年 3 月 28 日 平成		長男 (1回目)
	日板 硝太郎		昭和 19 年 3 月 28 日 平成		長男 (2回目)
			昭和 年 月 日 平成		
		昭和 年 月 日 平成			
健保記入欄	〔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 円 × 名 = 円				
	2,000 円 × 名 = 円				
支給決定年月日		支給決定金額		円	

※印は退職者記入欄

支払金融機関	※	銀行・農協 本店・支店 金庫・信組 出張所 ----- 座No. ----- 普通・当座 (フリガナ) ----- 口座名義 -----
委任状	※	上記金額の受領を 平成 年 月 日 請求者氏名 印 に委任します。 ※被保険者が請求する場合 記入不要

- 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		