

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

令和 年 月 日

中部アイティ産業健康保険組合 御中

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金の支給を申請いたします。

被保険者証記号番号	被保険者氏名	事業所名				
—						
接種者氏名	生年月日	続柄	接種日	窓口支払額	※補助金	
	年 月 日		1回法 月 日	円	円	
			2回法 月 日	円		
	年 月 日		1回法 月 日	円	円	
			2回法 月 日	円		
	年 月 日		1回法 月 日	円	円	
			2回法 月 日	円		
	年 月 日		1回法 月 日	円	円	
			2回法 月 日	円		
	年 月 日		1回法 月 日	円	円	
			2回法 月 日	円		
				補助金合計額	円	

領収書添付欄	<p>※ 申請上の注意事項</p> <p>1. 対象者 被保険者・被扶養者</p> <p>2. 接種期間 10月1日～12月31日実施分</p> <p>3. 補助額 上限1,500円(年度内1回限り)</p> <p>4. 添付書類 接種した医療機関が発行した「領収書(原本)」を添付欄に貼り付けてください。</p> <p style="text-align: center;"><領収書には下記の記載が必要です。></p> <p style="text-align: center;">①接種日 ②接種を受けた方の氏名 ③医療機関名 ④単価 ⑤インフルエンザ予防接種代である旨明記されていること</p> <p>5. 提出方法 事業所で取りまとめて総括表添付の上、年度内の3月15日必着で提出してください。</p> <p style="text-align: center;">※3月15日が土日祝日の場合は、前営業日までとなります。</p>
--------	--