

理事長	常務理事	事務長	健保受付	事業所受付

事業所受付の場合

**29年度用・インフルエンザ予防接種
利用補助金申請書**

申請日 平成 年 月 日

被保険者	記号		被保険者名	Ⓜ	男
	番号		生年月日	年 月 日	女
	会社名		部署名		
	社員番号		部署連絡先		

※平成 30 年 3 月度の給与に付加しますので必ずご記入して下さい。

接種した人 (被保険者) (被扶養者)	被保険者住所	〒 -		
	電話		接種医療機関名	接種日
	氏名	(歳)		月 日
	氏名	(歳)		月 日
	氏名	(歳)		月 日
	氏名	(歳)		月 日
	氏名	(歳)		月 日

備考 ※65歳以上の方（接種日）は、市町村における公助制度の関係で対象外とさせていただきます。

医療機関に支払った金額	円（消費税含む）	領収書（コピー可）を添付願います
-------------	----------	------------------

健保補助金額	一人につき、2,000 円（上限）	補助金以下の場合には実費補助となります。
--------	-------------------	----------------------

決定支給額	円
--------------	---

- ◎一人が2回以上の接種を受けた場合、合算した金額に対して補助の上限は2,000円とさせていただきます。
- ◎領収証は、「日付・機関名・接種受診者の名前・インフルエンザ予防接種である事」が記載されているものを添付願います。
- ◎被扶養者分の申請がある場合は、なるべく被保険者分と合わせて申請願います。
- ◎補助金対象のインフルエンザ予防接種期間は原則、平成30年1月末日迄とさせていただきます。
- ◎申請書の最終受付日は、平成30年2月13日（火）迄に当健康保健組合に到着分とさせていただきます。