

理事長	常務理事	事務長	健保受付

2023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 年 月 日

被保険者	記号		被保険者名		男
	番号				女
	会社名		部署名		
	社員番号		部署連絡先		
※2024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)	接種者氏名		接種医療機関名		接種日
	(歳)				月 日
	(歳)				月 日
	(歳)				月 日
	(歳)				月 日
	(歳)				月 日
	(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		

- ◎1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。※家族分合算での一括記載は不可(個々の金額等記載があるものを除く)
◎被扶養者分の申請がある場合は、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、2024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、2024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。