

|     |      |     |      |       |
|-----|------|-----|------|-------|
| 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

**2018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 2019 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<br>(被保険者)<br>(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。 |       |   |
| <b>決定支給額</b>                          |  |      | 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。
- ◎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、2019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。