

(健康保険使用欄)

常務理事	事務局長	課長	係長	係	資格照合	起案	.	.
						決裁	.	.
決定額		¥ _____				摘要		

### 平成29年度 インフルエンザ予防接種補助金支給申請書〔事業所用〕

接種年月日 (複数の場合は、いずれか)	平成		年		月		日	接種期間:平成29年10月1日から翌30年1月末日まで
(上記)接種機関	所在地							
	名称	(TEL - - )						
接種申請人数			名		〔事業所用〕とは、 <b>領収書が事業所名のものです。</b>			
接種に要した費用(合計)			円 (税込)					

上記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請します。

※ 補助金申請手続き及び受領につき、接種した被保険者から同意・委任を受けましたので申請します。

この申請書で申請された場合は、個人宛の決定通知書は発行されません。

平成 年 月 日

事業所証記号 \_\_\_\_\_

事業所所在地 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

事業主氏名 \_\_\_\_\_

事業主<sup>Ⓔ</sup>

川口工業健康保険組合 理事長 殿

(注) ■ 上記接種期間中に、国内いずれかの医療機関でインフルエンザ予防接種をした被保険者本人(接種当日有資格者)の方を対象とします。

◆ 医療機関発行の領収書の原本(レシートやコピーは不可)を添付して下さい。尚、返却はいたしませんので、必要な場合は、領収書原本とそのコピーの両方を添付して下さい。(確認後、領収書原本はお返しいたします)

※ 接種料支払時に必ず正式な領収書を発行してもらって下さい。

領収書必須記載事項(医療機関でお受け取りの際、必ず確認して下さい)

① 予防接種を受けた方の氏名(姓だけでは不可)

○事業所で集団接種を受けた場合は、医療機関発行の接種者名簿 又はそれに準ずるものを添付して下さい。

② 予防接種の内容等に『インフルエンザ予防接種代』と明記

③ 予防接種を受けた年月日

④ 予防接種に要した金額(内訳・接種料の単価等)

⑤ 予防接種を実施した医療機関名、医療機関・医師の認印

(医療機関の印、またはその代表者の印、  
収納印、領収印等)

受付印

◎ 詳細につきましては、補助金支給要領の通りです。

申請の提出期限は、平成30年3月末日必着です。

◎ 個人情報につきましては、当健保組合の個人情報保護管理規程に管理され、目的以外に使用することは致しません。