

(健保使用欄)

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

令和元年度 インフルエンザ予防接種補助金支給申請書〔個人用〕

接種年月日 (複数の場合は、いずれか)	令和 年 月 日	接種期間: 令和元年10月1日から翌2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	〔個人用〕とは、 領収書が個人名のものです。
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。

事業主を代理人として健康保険組合より支給される補助金の受取方の件を委任いたします。

令和 年 月 日

保険証記号 - 番号 _____ - _____

事業所名(勤務先名) _____

被保険者氏名 _____ 印

被保険者住所 〒 _____ (TEL - -)

川口工業健康保険組合 理事長 殿

〔注意〕

- ・ 被保険者の方も「接種者氏名」欄に必ずご記入下さい。
- ・ 申請書は黒色又は青色のボールペンでご記入下さい。

通し No.	接種者氏名	続柄	年齢	接種年月日	接種料金 (円)	健保使用欄
				令和 . . .		
				令和 . . .		
				令和 . . .		
				令和 . . .		
				令和 . . .		
				令和 . . .		

※詳細は、裏面を参照して下さい。

受付印

<注意>

- 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 及び 被扶養者 (接種当日有資格者)の方を対象とします。
- 被扶養者の方も一緒の場合は、被保険者の方の氏名も「接種者氏名欄」に記入して下さい。
- 13歳未満の方が2回接種した場合の申請は、下記の〔13歳未満の方の記入例〕を参照下さい。
- 1世帯分と13歳未満の方が2回接種された場合は、領収書をまとめて申請して下さい。
- ◆ 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)
- 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)

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、令和2年3月末日必着です。

- ◎ この申請による補助金は、事業所を経由してお支払いします。
(任意継続の方は、任意手続時の指定口座に振込みます。)
- ◎ 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。

※レシート形式に於いても、

医療機関の方に、上記“◆領収書必須記載事項①～⑤”を
必ず記載してもらって下さい。
また、はっきりと読み取れないものは不可とします。

<参考例>

領 収 書	
受診者氏名	〇〇〇〇〇〇〇 様
受診内容	インフルエンザ予防接種
接種年月日	令和 x x 年 x x 月 x x 日
金	X,XXX 円也
上記金額正に領収いたしました	
令和 x x 年 x x 月 x x 日	
医療機関名	〇〇〇〇〇〇〇
医 師	〇〇〇〇 印

〔13歳未満の方の記入例〕

No.	接 種 者 氏 名	続 柄	年 齢	接 種 年 月 日	接 種 料 金 (円)
1	川 工 太 郎	長 男	10	令和 1 10 1 ----- 1 11 5	6,000