

(健 保 使 用 欄 )	常務理事	事務局長	事務局次長	課長	係長	係	係	起案	・	・
								決裁	・	・
	決定額		¥					摘要		

### 令和4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 <small>(複数の場合は、いずれか)</small>		令和 年 月 日	接種期間：令和4年10月1日から翌5年1月末日まで
(上記) 接種機関 <small>(複数の場合は、 いずれか)</small>	所在地		
	名称		
	電話	(TEL - - ) ※複数の場合は、いずれかの医療機関をご記入下さい。	
接種申請人数	名	〔事業所用〕とは事業所が	
接種に要した費用(合計)	円 (税込)	接種費用を負担したものです。	
<p>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。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所証記号 _____</p> <p>事業所所在地 _____</p> <p>事業所名 _____</p> <p>事業主名 _____</p> <p>川口工業健康保険組合 理事長 殿</p>			
			<p>●押印廃止に伴う確認欄 (確認後、確認欄に✓をご記入下さい)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。</p>

資格対象者 インフルエンザ予防接種実施時に、資格を有する被保険者

補助額 被保険者 1,500円 (1人につき、年度1回限り)

費用が補助額に満たないときは、実費額までの補助(100円未満切捨て)となります。

申請方法 本紙に必要な事項をご記入のうえ、医療機関発行の領収証(写し可)を添付し申請してください。  
注)支払明細書や接種証明書のみでの申請は受付不可となりますので、ご注意ください。

申請期限 令和5年3月31日必着

受付印
-----

#### 【ご担当様へお願い】

○ 事業所経由して個人用の申請される場合は、領収証の内容をご確認し、世帯毎にまとめ速やかにご提出ください。

毎年、年度末(3月)に申請が集中しております。早めの申請にご協力お願いします。

○ 事業所用の申請については、事業所が接種費用を負担したもののみとなります。

○ 保険給付費同様に、事業所指定口座に振込。(任継の方は、加入手続時の指定口座に振込)

○ 個人情報につきましては、当組合の個人情報保護管理規程に則り管理され、目的以外に使用することはいたしません。



## 令和4年度インフルエンザ予防接種補助金支給要領について

平素より当健保組合の事業運営につきましては、ご支援ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。  
標記の件につきまして、疾病予防の一環としてインフルエンザ予防接種を受けた方に対し、費用の一部補助を下記のとおり実施致します。

### 1.) 補助の対象実施時期

令和4年10月1日より令和5年1月末日の間において、国内のいずれかの医療機関でインフルエンザ予防接種を実施された方。

### 2.) 補助の対象者

インフルエンザ予防接種実施時に、資格を有する被保険者及び被扶養者。

### 3.) 補助の額

インフルエンザ予防接種を実施した方1人につき、1年度1回限り被保険者1,500円  
被扶養者1,000円（13歳未満は2回まで）を補助いたします。

ただし、費用が補助額に満たないときは実費額までの補助となります。（100円未満切捨て）

### 4.) 申請方法

1

医療機関発行の領収証の原本を添付して下さい。

接種料支払時に必ず“領収証必須記載事項①～⑤”が記載された領収証の発行を依頼して下さい。

注) 領収証については、原本のみの添付となります。予めご了承願います。

注) 支払明細書や接種証明書のみでの申請は受付できませんので、ご注意ください。

<参考例>

#### ◆領収証必須記載事項◆

- 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、印

※レシート形式に於いても、

上記“領収証必須記載事項①～⑤”が記載された領収証の発行を依頼して下さい。

また、はっきりと読み取れないものは不可とします。

領 収 証	
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, X X X 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)

注) 一人、年1回の申請となり、13歳未満の方が2回接種された場合も、同時に申請してください。

事業所経由して申請される場合は、速やかに世帯ごとにご提出ください。

尚、その際領収証の内容をご確認ください。

毎年、年度末（3月）に申請が集中しております。早めの申請にご協力お願いします。

### 5.) 申請の期限

令和5年3月31日必着。

### 6.) 支給方法

保険給付費同様に、事業所指定口座に振込。（任継の方は、加入手続時の指定口座に振込。）

### 7.) その他

個人情報につきましては、当組合の個人情報保護管理規程に則り管理され、目的以外に使用することはいたしません。