

(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〔個人用〕

● 太枠に必要事項をご記入下さい。

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
接種機関 <small>※1か所のみ記入</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	〔個人用〕とは 領収証が個人名のものです。
接種に要した費用(合計)	円(税込)	
川口工業健康保険組合 理事長 殿 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。		
<input type="checkbox"/> 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。(任継の方は、左の✓欄は記入不要) <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。		
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 _____		
被保険者住所 〒 _____ (TEL - -)		

通しNo.	接種者氏名	区分	接種時の年齢	接種年月日	接種費用 合計金額(円)	健保使用欄	
						補助額	整理No.
		本人		・			
		家族		・			
		本人		・			
		家族		・			
		本人		・			
		家族		・			
		本人		・			
		家族		・			

申請期限 **令和5年3月31日必着**

添付書類 本紙に必要事項をご記入のうえ、医療機関発行の領収証(原本)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できませんので、ご注意ください。

- その他
- ・ 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)
 - ・ 13歳未満の方が2回接種した場合は、2回目の日付も記入し、2回分の合計金額を接種費用合計金額欄にご記入のうえ、世帯でまとめて申請してください。
 - ・ この申請による補助金は、事業所を経由して支給いたします。(任継の方は、任継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則り管理され、目的以外に使用することは致しません。

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世帯毎に領収書をまとめて申請して下さい。

注) 一人、年1回の申請となり、13歳未満の方が2回接種された場合は、まとめて申請して下さい。

◆ 医療機関発行の領収書の原本を添付して下さい。尚、返却はいたしません。(コピー不可)

注) 支払証明書や接種証明書のみでの申請は受付不可となります。ご注意ください。

※ 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5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、任継加入手続時の指定口座に振込します。)

◎ 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則り管理され、目的以外に使用することはありません。

※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。

〔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 4 10 1 ----- 4 11 5	6,000

<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, 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