

(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。

