

(別紙)

健康保険組合使用欄			
年 月 日			
常務理事	事務長	担当	支給金額
			円

※太線の枠内に記入のうえ、申請してください。

年 月 日

七十七銀行健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種補助金申請書

所属事業所名 <small>七十七銀行の場合</small>
所属部課店名 (または出向先) <small>健康保険証に記載されている</small>
被保険者証 記号 番号
被保険者氏名

下記のとおりインフルエンザ予防接種料を支払しましたので、領収書等 (原本) を添付のうえ補助金を申請いたします。

記

接種者氏名	続柄	接種日 (接種期限：2月末)	接種費用 (領収書金額)	補助金額
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
			補助金合計	円

- 注) 1. 補助対象者は、被保険者と被扶養者のうち配偶者および子です。
2. **申請書の裏面に領収書等原本 (レシート不可) を貼付**し、ご家族分まとめて提出してください。
※接種者氏名・金額・**インフルエンザ予防接種である旨記載されている領収書**であること。
領収書に表示がない場合は診療明細書も貼付してください。なお、領収書等は返却いたしません。
3. 補助は被保険者一人当たり 2,000 円、被扶養者一人当たり 1,000 円を上限とする実費とします。
4. 申請書の**提出期限は 2024 年 3 月 15 日 (金) 健保必着**といたします。