

支給決定 伺	常務理事	事務長	係	係	支給金額							
					被保険者	人 円						
					被扶養者	人 円						

インフルエンザ予防接種 補助申請書

インフルエンザワクチンを接種しましたので申請します。
併せて補助金の受領を事業主に委任します。

石原産業健康保険組合 御中 年 月 日

被保険者等 記号 番号
記号 番号

被保険者 氏 名 印

事業所 連絡先 内線

接種した人の氏名	被保険者 との続柄	年齢	接 種 日	医療機関名	接種代金
			R / /		
			R / /		
			R / /		
			R / /		
			R / /		
			R / /		
			R / /		
			R / /		
			R / /		

＜申請時のチェック事項＞…当てはまらない場合は補助の対象となりません

- ☐ 記載内容に間違いはありません（被保険等 記号番号を再度ご確認ください）
- ☐ 次の項目が明記されている領収証（記載のない場合は併せて記載された書類）を添付しました。

①『インフルエンザ予防接種代』と明記…予防接種のうち、補助の対象となるのは
インフルエンザワクチンのみのため
②『接種した人の氏名』…補助の対象となるのは被保険者・被扶養者です。
③『1人1回分の接種代金の単価』…合算されて単価が確認できない場合は補助対象外です
④ 接種した医療機関名、接種した日付、領収印

☐ 年度内 1 回の申請です。（1 3 歳未満 2 回分、および家族分まとめでの申請です）

受 付 印

