

支給決定伺

記入例

赤字部分をご記入ください

人 円

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

20XX 年 12 月 17 日

氏名自筆の場合
捺印不要

保険者等 記号 11 - 番号 1000
号 番号被保険者 健保 太郎
氏 名

健保

事業所 大阪本社 連絡先 内線 RRRR

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
健保 太郎	本人	42	R ○ / 1 1 / 2 0	大阪クリニック	3,200円
			/ /		
健保 花子	妻	41	R ○ / 1 1 / 2 0	大阪クリニック	3,200円
			/ /		
健保 一太	二男	12	R ○ / 1 1 / 2 0	大阪クリニック	2,800円
			R ○ / 1 2 / 1 6	〃	2,800円
			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

受 付 印

- ☒ 年度内 1 回の申請です。（13歳未満 2 回分、および家族分まとめでの申請です）