

代理入力用

申請日

令和 ●●年 ●●月 ●●日

<記入例>

本人申請用

「インフルエンザ予防接種費用補助申請書」

本申請書に関し、電子申請の代理入力を事業主へ依頼します。

(申請者本人の署名)

プリマ健保 太郎(自署)

事業所名	●●株式会社			
所属名	●●工場			
記号・番号	記号	●●	番号	●●●
受診者氏名	プリマ健保 太郎			
接種日	令和 ●●年 ●●月 ●●日			
医療機関名	●●病院			
接種料金	※領収証の金額を記入してください。 3,000 円(領収書の金額)			
費用補助料金	※支払額が2,500円に満たない場合は、領収証の金額を記入してください。 2,500円 (上限2,500円)			
利用内容	インフルエンザ予防接種費用補助として			

※インフルエンザ予防接種費用補助を申請する場合、裏面に「領収書」の原本を添付してください。

※インフルエンザ予防接種費用補助を受けられる対象者は、当健康保険組合に加入している被保険者(本人)となります。

※補助金額は、1人当たり金額2,500円(税込み)が上限となります。
(予防接種費用が2,500円未満の場合には実費を補助します。)在職者の方は、原則事業所経由での
支払いとなりますので、①にチェックをしてください。

振込先口座については以下いずれかを選択してください。

 上記において事業主経由での支給を了承しました。⇒下記振込先口座欄記載不要 上記①以外の場合、下記振込先口座について記入して下さい。

※日本国内の口座のみとなります。海外送金はいりません。

送金先	銀行	支店
	信用金庫	
口座名義	主に、退職者・遺族等の記入欄です。	

【事業所担当者は以下ご対応ください】

- 本申請書の原本を健保組合へ提出してください。
- 領収証の画像をワークフロー内指定箇所へ添付してください。

事業所
担当者

領収書添付欄

ここに領収書を貼付してください

領収証
(原本)