

(被保険者用)

# インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

平成 年 月 日

中部アイティ産業健康保険組合 御中

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金の支給を申請いたします。

被保険者証記号番号	被保険者氏名		印	事業所名			
—							
接種者氏名	生年月日	続柄	接種日		窓口支払額	※補助金	
	昭和	年 月 日		1回法	年 月 日	円	円
	平成			2回法	年 月 日	円	
	昭和	年 月 日		1回法	年 月 日	円	円
	平成			2回法	年 月 日	円	
	昭和	年 月 日		1回法	年 月 日	円	円
	平成			2回法	年 月 日	円	
	昭和	年 月 日		1回法	年 月 日	円	円
	平成			2回法	年 月 日	円	
	昭和	年 月 日		1回法	年 月 日	円	円
	平成			2回法	年 月 日	円	
補助金合計額						円	

## ※ 申請上の注意事項

1. 対象者 被保険者・被扶養者
2. 接種期間 10月1日～12月31日実施分
3. 補助額 上限1,500円(年度内1回限り)
4. 添付書類 接種した医療機関が発行した「領収書(原本)」を添付欄に貼り付けてください。  
<領収書には下記の記載が必要です。>
- ①接種日
  - ②接種を受けた方の氏名
  - ③医療機関名
  - ④単価
  - ⑤インフルエンザ予防接種代である旨明記されていること
5. 提出方法 事業所で取りまとめて総括表添付の上年度内の3月15日必着で提出してください。  
※3月15日が土日祝日の場合は、前日までとなります。

【提出の流れ】被保険者 → 事業所 → 健保組合

中部アイティ産業健康保険組合