

# インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

令和 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		接種日		窓口支払額	※補助額	
8888-							
接種者氏名	生年月日	続柄	接種日		窓口支払額	※補助額	
	年 月 日		1回法	月 日	円	円	
			2回法	1回目	月 日		円
				2回目	月 日		円
点鼻	月 日	円					
	年 月 日		1回法	月 日	円	円	
			2回法	1回目	月 日		円
				2回目	月 日		円
点鼻	月 日	円					
	年 月 日		1回法	月 日	円	円	
			2回法	1回目	月 日		円
				2回目	月 日		円
点鼻	月 日	円					
	年 月 日		1回法	月 日	円	円	
			2回法	1回目	月 日		円
				2回目	月 日		円
点鼻	月 日	円					
	年 月 日		1回法	月 日	円	円	
			2回法	1回目	月 日		円
				2回目	月 日		円
点鼻	月 日	円					
					補助合計額	円	

## ※ 申請上の注意事項

- 対象者 被保険者・被扶養者
- 接種期間 10月1日～12月31日実施分
- 補助額 上限1,500円(年度内1回限り)
- 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

- 提出方法 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、前営業日までとなります。

【提出の流れ】 被保険者 → 健保組合