

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

令和 年 月 日申請

三岐しんきん健康保険組合 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	事業所名	信用金庫	記号		番号	
	氏名	⑩				

接 種 さ れ た 方	接種者氏名	生年月日	続柄	接種年月日		接種費用
			昭・平・令 年 月 日		1回目	年 月 日
2回目					年 月 日	円
		昭・平・令 年 月 日		1回目	年 月 日	円
				2回目	年 月 日	円
		昭・平・令 年 月 日		1回目	年 月 日	円
				2回目	年 月 日	円
		昭・平・令 年 月 日		1回目	年 月 日	円
				2回目	年 月 日	円

【注意事項】

- 対象者は、接種当日に被保険者及び被扶養者の資格のある方です。
- 補助額は、接種回数に関わらず、1人 1,500円まで（年度内1回限り）です。
※接種費用の額が補助額を下回った場合は、実費支給といたします。
- 申請書に必要事項をご記入のうえ、**領収書を添付**し、人事担当課へ提出してください。
※領収書は、原本をA4別紙に貼付またはA4用紙にコピーし、左上の隅を申請書に糊付けしてください。
※申請は、ご家族分まとめて1度で申請してください。
- 領証書には下記の記載が必要となりますのでご注意ください。（レシートは不可）
①接種者氏名（フルネーム） ②接種年月日 ③接種費用 ④インフルエンザ予防接種の代金であること
⑤医療機関名 ⑥医療機関印（領収印）
※2名以上で接種し、領収書が1枚の場合、接種者全員の氏名（フルネーム）と金額の内訳が必要です。
記載がない場合、医療機関へ記載を依頼してください。請求明細書で確認ができる場合は添付してください。
- 補助金は事業所経由でお支払いいたします。
- ご記入いただいた個人情報は、補助金支給以外の目的で使用することはありません。

受付日付印

三岐しんきん健康保険組合

〒509-0203 岐阜県可児市下恵土2885番地1

TEL 0574-61-2650 FAX 0574-61-2652