

# インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

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。

|         |  |       |  |                                         |               |  |  |
|---------|--|-------|--|-----------------------------------------|---------------|--|--|
|         |  | 申請日   |  | 年 月 日                                   |               |  |  |
|         |  | 所属No. |  |                                         | 身 分           |  |  |
| 社員No.   |  | 所属名   |  |                                         | ※下記に○を付けてください |  |  |
| 被保険者証番号 |  | —     |  | 社 員 ・ 契約社員 ・ 嘱 託<br>キャリアパートナー ・ 社保アルバイト |               |  |  |
| 被保険者氏名  |  |       |  | 印                                       |               |  |  |
| 住 所     |  |       |  |                                         |               |  |  |

|       |       |       |       |      |  |
|-------|-------|-------|-------|------|--|
|       |       |       | 健保記入欄 |      |  |
| 接種者氏名 | 接 種 日 | 窓口支払額 | 補助金   | チェック |  |
|       | 年 月 日 | 円     |       |      |  |
|       | 年 月 日 | 円     |       |      |  |
|       | 年 月 日 | 円     |       |      |  |
|       | 年 月 日 | 円     |       |      |  |
|       | 年 月 日 | 円     |       |      |  |
| 補助金額計 |       |       |       |      |  |

|                             |                                       |  |  |  |  |
|-----------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|
| 領<br>収<br>書<br>添<br>付<br>欄  | <b>※申請上の注意事項</b>                      |  |  |  |  |
|                             | 1.対象者 被保険者・被扶養者(家族分はまとめて申請してください。)    |  |  |  |  |
|                             | 2.接種期間 令和3年10月1日(金)～令和4年1月31日(月)      |  |  |  |  |
|                             | 3.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。 |  |  |  |  |
|                             | 【 注 意 】                               |  |  |  |  |
|                             | 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接種に要した金額                             |  |  |  |  |
| ⑤インフルエンザ予防接種代である旨を明記        |                                       |  |  |  |  |
| 4.提出期限                      |                                       |  |  |  |  |
| 令和4年2月28日(月)                |                                       |  |  |  |  |
| 東京事業所(西新宿三井ビル)内、健康保険組合到着分まで |                                       |  |  |  |  |