③ 令和6年度 インフルエンザ予防接種補助金支給申請書(様式1)

- ◆ 対象者 被保険者(接種日に当組合被保険者<本人>であること)
- ◆ 対象期間 令和6年10月1日～令和6年12月31日までに予防接種を受けられた方
※ただし「当組合健康管理センター」・「当組合診療所」・「東振協 契約医療機関」で接種を受けられた方は、補助金支給対象とはなりません。
- ◆ 支給額 1人1回のみ1,000円※ただし接種料金2,100円以上が支給対象となります。
- ◆ 請求期限 令和7年2月28日(消印有効)
- ◆ 添付書類 **【1】** インフルエンザ予防接種補助金支給申請書(様式1)※この用紙
【2】 インフルエンザ予防接種補助金内訳書(様式2)※2名以上の場合
【3】 領収書の原本 ※下記①～⑥までが記載されたもの

- ① 保険証記号・番号(資格取得前または喪失後の接種は支給対象外です。)
- ② いつ(年月日)
- ③ どこで(医療機関名)
- ④ 誰が(接種を受けた方の氏名<フルネーム>)
- ⑤ なにを(インフルエンザ予防接種と明記)
- ⑥ 接種料金(単価)

※ネットバンキングや銀行振込等で領収書原本を添付できない場合は、健康管理課にご相談ください。
領収書原本を提出できない方は領収書コピーに事業所印を押印した事業主の原本証明を書き添えてご提出願います。

- ◆ 注意事項 特にレシートの場合、医療機関名や金額しか印字されていないことが多いので、接種者名、インフルエンザ予防接種である旨の記入をお願いしてください。接種者が多く領収書に書き込めない場合は、医療機関に接種者名・接種日・金額を記入した一覧の作成をお願いしてください。

<申請事業所>

保険証記号							
会社名	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 <small>(事業所印)</small> </div>						
所在地							
代表者氏名・印							
担当者氏名			この申請に関する 連絡先電話番号	— —			
接種人数	名		接種料金総額	円			

※健保記入欄

申請期間・人数	～ 名
支給決定額	円

<振込口座> ●ゆうちょ銀行の場合は、銀行振込用支店名(3桁の漢数字)・口座番号をお調べのうえご記入ください。

金融機関名	銀行	店番				1・普通 2・当座	受付印 NO.
	金庫	本店 支店					
口座番号							
口座名義人	(フリガナ)						
名義人の住所	〒 — — — — —						
TEL — — — — —							