

インフルエンザ予防接種費用
補助金交付申請書

常務理事	事務長	事務長補佐	担当

予防接種日に当組合の資格がある方が申請できます。(年度につき1人2回まで。)
接種後、早めのご提出にご協力お願いいたします。(期限を過ぎた場合、受理することができません。)

被 保 険 者 情 報	被保険者	記号	番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男 女						
	氏名(自署)	フリガナ														
	住所 電話番号	〒 日中連絡のとれる電話番号：() 内線番号()														
	金融機関名称	銀行・金庫・信組・農協				本店・支店・出張所										
	口座名義 (カタカナ)		店 番 号				預 金 種 別	普 通 座 別	口 座 番 号							

※振込先は被保険者名義の口座に限らせていただきます。口座名は金融機関の届出の通りに記入してください。

申 請 者 情 報		氏名	続柄	接種日 (2回法の場合は、2回目もご記入ください。)			申請金額 (実際にかかった額)	支給金額 (健保記入欄)		
	1	フリガナ		1回目	令和	年	月	日	円	円
		2回目		令和	年	月	日	円	円	
	2	フリガナ		1回目	令和	年	月	日	円	円
		2回目		令和	年	月	日	円	円	
	3	フリガナ		1回目	令和	年	月	日	円	円
		2回目		令和	年	月	日	円	円	
	4	フリガナ		1回目	令和	年	月	日	円	円
		2回目		令和	年	月	日	円	円	
	5	フリガナ		1回目	令和	年	月	日	円	円
		2回目		令和	年	月	日	円	円	
	合計人数		人	合計申請金額			円	円		

【添付書類】
インフルエンザ予防接種であることが分かり、接種日、受けた方の名前の記載がある領収書(原本) 受付年月日

【補助限度額】
1人1回2, 200円を上限とし,1年度2回まで。
(実費額が補助限度額よりも下回る場合は、実費が上限となります。)

【注意事項】
被保険者の方で、事業所で予防接種を受けた場合は重複して申請ができません。
今年度の途中に任意継続被保険者になられた方で、在職中に今年度の補助金交付をされている場合は補助の対象になりません。

【提出先】
在職中の方は、人事部経由で申請してください。
任意継続被保険者の方は、直接当組合へ申請してください。

【問い合わせ先】
当組合ホームページ『お問い合わせ』にてご確認ください。
検 索 がん研健保