

常務理事	事務長	担当

令和 度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請日	令和 年 月 日	事業所	
被保険者等 記号 - 番号		勤務先内線番号	
所属部署	部・工場		室・課
氏名			
接種日	医療機関名	接種者氏名	金額(領収証金額)
月 日			円
月 日			円
月 日			円
月 日			円
月 日			円
※	領収証(原本)を必ず添付して下さい。 (接種年月日・医療機関名・接種者氏名・インフルエンザ予防接種代の記載が必要)		
		補助金額 計 (健保記入欄)	円

- 〔 注意事項 〕
- ※ 今年度、インフルエンザ予防接種を受けた被保険者・被扶養者に3,000円(1回のみ)を上限に補助します。
但し、2回接種した方で1回の接種金額が3,000円未満の場合、2回分申請可能です。
 - ※ 補助金は毎月20日締切、翌月払いの給与で支給します。
任継者は指定口座へお振込みします。
 - ※ 申請期間は毎年10月～翌年2月末までです。