

※欄は健保組合記入欄につき記入しないでください。

※ 支給決定欄	同 年 月 日	令 和 年 月 日	常務理事	事務長	主任	係
	支 給 額					
	補 助 金 額	2,000 円 × 人 = 円	内 訳	被保険者	被扶養者	合 計
算 定 基 礎	円 × 人 = 円	名		名	名	

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証 記号番号	-		被保険者氏名	
被 保 険 者 住 所	〒 -		電話番号	- -
事業所名称				
接種を受けた方の氏名	区 分	第1回接種年月日	接種を受けた医療機関名	
		第2回接種年月日		
	本人・家族	令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
	本人・家族	令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
	本人・家族	令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
	本人・家族	令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
	本人・家族	令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		

振込先（被保険者本人の口座に限ります。）

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人（カタカナで記入）
		普通		
金融機関コード	支店コード	当座		

[注意事項]

1. 補助対象期間 毎年10月1日から翌年の1月31日までに予防接種を受けたもの
2. 申請書受付期限 予防接種を受けた年度の2月末日まで（健保組合必着）
3. 補助金額 補助対象期間内に一人1回、2,000円を限度として補助します。
ただし、予防接種費用（自己負担額）が補助限度額に満たない場合は、実際に要した費用までとします。
※ 予防接種が2回接種法の場合でも2回で1セットのため、補助は合計2,000円を限度に1回限りです。

[添付書類]

領収書原本（次の①②③が記載されたもの）

【注意】 必ず、医療機関で次の①②③が記載された領収書の交付を受けてください。

- ① 予防接種を受けた方の氏名
- ② 接種年月日
- ③ インフルエンザ予防接種である旨
(③は領収書と併せて、「インフルエンザ」と記載のある明細書等を添付する事でも可)
なお、2名以上をまとめて記載している領収書の場合は、それぞれの氏名だけでなく、それぞれの金額も記載してもらってください。（補助限度額を超えるか確認するため）

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

受付日付印

兵庫自動車販売店健康保険組合理事長 様