

記入例

インフルエンザ予防接種補助金申請書

提出日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

健康保険証	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇
被保険者氏名	フリガナ	トウレ タロウ	事業所で実施しているインフルエンザ(集団)接種をされている場合は、すでに東レ健保費用補助を差し引いた金額で清算されています。補助申請が重複していないかご確認ください。	
	氏名	東レ 太郎		

●接種者が被扶養者の場合氏名等を記入ください。

接種者氏名	フリガナ	トウレ ジロウ	続柄	長男
	氏名	東レ 二郎		
	フリガナ	被保険者本人以外で申請する場合は、扶養していないご家族は、補助対象外となりますのでご注意ください。	続柄	
	氏名			
	フリガナ		続柄	
	氏名			

接種費用合計	3,500 円	補助額 (健保記入欄) 上限: 2,000円
1世帯につき、2,000円までの費用補助となります。		

<ご留意事項>

1. 申請対象者は、本人または被扶養者（保険証をお持ちの方）のみです。

2. 申請は、年度内1回です。（国内接種に限ります。）

3. 費用補助額は、被保険者・被扶養者の接種人数、費用に関わらず1家族につき上限額2,000円です。

4. 医療機関発行の領収書原本を添付してください。

（1）領収書は、必ず裏面に貼り付けてください（ホッチキス止め不可）

（2）領収書の金額が2,000円以上であれば1枚のみの添付で結構です。（必要以上の提出は不要です。）

（3）領収書（レシート含む）には、必ず「接種者氏名」「インフルエンザ接種費用又は予防接種費用の明記」「医療機関名」の記載があること。

別紙で明細書の添付も可。記載の無いものは無効となりますのでご注意ください。

5. 接種期間 : 当年10月1日～翌年2月28日
申請期間 : 当年10月1日～翌年3月10日
補助金申請書は、所属する事業所の労務担当課（任意継続の方は健保）にご提出ください。原則、翌年度での支払いは不可となりますのでご注意ください。

6. 補助金は、毎月10日健保到着分までを翌月25日に事業所経由でお支払いします。（基本、被保険者の給与中で）
任意継続の方は加入時に指定された口座にお振込み致します。

◆事業所担当者 記入欄

年 月 日 記入

担当者氏名	添付書類および申請書の記載漏れ等について確認しました。
-------	-----------------------------