（処理年月日　　年　　月　　日）

補　助　金　額	常務理事	事務長	係長		担当者
円					

インフルエンザ予防接種　補助金申請書

※太線内のみご記入ください

接 種 者 氏 名	続柄	接種した日	接種した医療機関名	窓口で支払った額	健保補助額 ＊記入不要
健保　太郎	本人	7年 1月13日	埼玉しんきん病院	4,320 円	円
健保　花子	妻	7年 1月13日	埼玉しんきん病院	4,320 円	円
健保　健一	子	7年 1月13日	埼玉しんきん病院	1,620 円	円
健保　健一	子	7年 1月30日	埼玉しんきん病院	1,620 円	円
		年　月　日			円
			合　計　金　額	円	円

委任状						
	健康保険	記　号	1250	被保険者	住　所	埼玉県川越市〇〇1－1－1
		番　号	9999		氏　名	健保　太郎
	インフルエンザ予防接種補助金の受領を事業主に委任します。 代理人（事業主）住所 氏　名					

【注意事項】

1　補助の対象者は、接種された日に当健康保険組合の被保険者及び被扶養者であること。
　◎但し、予防接種法に定めるところにより市区町村から補助を受けている方（65歳以上等）を除く。
　◎その他補助金制度を受けている方を除く。

2　接種対象期間は、毎年10月1日～翌年1月31日までに接種したものが対象となります。

3　補助金額は、一人当たり　2，000円を上限に年度内1回限りとします。
　ただし、2回接種者（13歳未満）の場合、2回を対象とします。

4　領収書の原本（コピー不可）を添付してください。（領収書は原則返却できません。）
　2回接種者は、2回分の領収書又は2回分と判断できる領収書（病院が明細を記載したもの）を添付のうえ
　2回分を一度にまとめて申請してください。

※領収証の添付は原則ホッチキス止めでお願いします。申請書類へ直接、糊での貼り付けはご遠慮ください。

5　領収書には次の項目を明記してもらってください。
　①接種者氏名（複数で接種した場合は、それぞれの氏名が記載されていること）
　②インフルエンザ予防接種代であることが、明示されていること
　③接種年月日・接種を受けた医療機関名・接種費用（単価）
　注）レシートタイプで領収書扱いできないものは、医療機関に領収書の発行を依頼してください。

6　妊娠中の方、基礎疾患を有する方、アレルギーの方等は、医師と相談のうえ接種するか決めてください。

7　補助金の支給決定を行うにあたり、審査上必要な場合は、医療機関等に照会を行うことがございます。
　被保険者氏名を署名済みの場合は、医療機関等への照会に同意したものとします。

8　皆様の個人情報は、この補助金を支給する目的のために使用し、他の目的には一切使用いたしません。