

〔健保使用欄〕	常務理事	事務局長	次長	係長	係	資格照合	起案	・	・
							決裁	・	・
	決定額	¥			摘要				

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書【個人用】

申請区分 (被保険者のみ)	該当箇所に✓か○を入れてください								
	<input type="checkbox"/> 接種者本人が申請				<input type="checkbox"/> 個人が接種費用を負担し事業所が取りまとめて申請				
接種費用 (合計)	円		接種申請人数	名	接種期間	10月1日から翌1月末日			
<p>上記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請します。 事業所を経由して補助金が支給されることを了承します。</p> <p>川口工業健康保険組合 理事長 殿 令和 年 月 日</p>									
<input type="checkbox"/> 接種者本人が申請					<input type="checkbox"/> 事業所が取りまとめて申請				
保険証記号・番号					保険証記号				
事業所名					事業所所在地				
被保険者氏名					事業所名				
日中の連絡先					事業主名				

対象者 接種時に資格を有する方

申請期限 接種年度の3月31日組合必着

添付書類 領収書**原本** (注) 支払証明書や接種証明書のみでの申請はできませんのでご注意ください。

補助額 年度1回限り 被保険者1,500円、被扶養者1,000円、13歳未満は2回まで
 ただし、費用が補助額に満たない場合は実費額までの補助となります。(100円未満切捨て)

その他 13歳未満の方が2回接種した場合は、2回目の日付も記入し、合計金額をご記入ください。
 保険給付費同様に、事業所指定口座に振込いたします。
 (任継の方は加入手続き時の指定口座に振込)
 個人情報につきましては、当組合の個人情報保護管理規程に則り管理され、
 目的以外に使用することは致しません。

受付印

保険証番号	接種者氏名	区分	接種時の年齢	接種年月日	接種料金 (円)	健保使用欄	
						補助額	整理No.
		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		・	・		
		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		・	・		
		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		・	・		
		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		・	・		
		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		・	・		

