

【健 保 使 用 欄 】	常務理事	事務局長	事務局次長	担当課長	係	係	資格照合	決裁	.	.
								摘要		
	決定額		¥							

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書 【事業所用】

【事業所用】とは事業所が接種費用を負担したものです。				接種期間	10月1日から翌1月末日まで			
接種年月日 <small>(複数の場合はいずれか)</small>	令和	年	月	日	接種申請人数	名	接種費用(合計)	円
<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。</p> <p>※ 補助金申請手続き及び受領につき、接種した被保険者から同意・委任を受けましたので申請します。</p> <p>※ この申請書で申請された場合は、個人宛の決定通知書は発行されません。</p> <p>川口工業健康保険組合 理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保 険 証 記 号 _____</p> <p>事 業 所 所 在 地 _____</p> <p>事 業 所 名 _____</p> <p>事 業 主 名 _____</p>								

対 象 者 インフルエンザ予防接種実施時に、資格を有する被保険者

補 助 額 被保険者 1,500円 (1人につき、年度1回限り)
費用が補助額に満たないときは、実費額までの補助となります。(100円未満切捨て)

申 請 期 限 接種年度の3月31日組合必着

申 請 方 法 本紙に必要な事項をご記入のうえ、医療機関発行の領収証(写し可)を添付し申請してください。
(注)支払明細書や接種証明書のみでの申請は受付不可となりますので、ご注意ください。

領収書には事業所名の記載があることをご確認ください。

受 付 印

【ご担当者様へお願い】

- 毎年、年度末(3月)に申請が集中しております。早めの申請にご協力お願いします。
- 事業所用の申請については、事業所が接種費用を負担したのもののみとなります。
- 保険給付費同様に、事業所指定口座に振込いたします。
- 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いたしません。

