

| 健康保険組合 | | |
|--------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 扱 者 |
| | | |

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

私は個人情報の取扱いについて同意し、以下のとおり、補助金の支給を申請します。

※被保険者氏名・委任状欄は入力できません。手書きでお願いします。

| | | | | | | |
|----------------------------------|--|----------------|-----|---------------------|-----------|----------------|
| ① 被 保 険 者 情 報 | 提出日 | 年 月 日 | | ※下記の①②③太枠内をご記入ください。 | | |
| | 保険証 | 記号 | 番 号 | 被保険者氏名 | (フリガナ) | |
| | | | | | | |
| | 会社名 (事業所名) | ※任意継続者は記入不要です。 | | 所属 | | |
| | | | | 電話番号 | (内線) (外線) | ※任意継続者は記入不要です。 |
| 自宅 | 住所 | 〒 ー | | | | |
| 電話番号 | ※内容確認のための書類を送付する場合があります。受取可能な住所をご記入ください。 | | | | | |
| ※平日の日中に連絡可能な電話番号を(内線不可)をご記入ください。 | | | | | | |

※接種内容は、被保険者(本人)1名の請求であっても、必ずご記入ください。

| ② 接 種 内 容 | (フリガナ) 氏名 | 生年月日 | 接種日 | 接種費用 (税込) | 備考 | 健保記入欄 (補助金額) |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------|--------------|----|-----------------|
| | (フリガナ) | 昭 ・ 平 ・ 令 | 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 円 | |
| 令和 年 月 日 | | | | 円 | | |
| (フリガナ) | 昭 ・ 平 ・ 令 | 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 円 | | |
| | | | 令和 年 月 日 | 円 | | |
| (フリガナ) | 昭 ・ 平 ・ 令 | 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 円 | | |
| | | | 令和 年 月 日 | 円 | | |
| (フリガナ) | 昭 ・ 平 ・ 令 | 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 円 | | |
| | | | 令和 年 月 日 | 円 | | |
| 合計 | | | | | | |

| | |
|------------------|-------------------------|
| ③ 委 任 状 | 工機ホールディングス健康保険組合 理事長 殿 |
| | 本請求に基づく給付金の受領を 殿に委任します。 |
| | 被保険者 氏名 _____ |
| | 年 月 日 |

●添付書類:領収書(原本)

領収書には次の記載が必要です。



- ・接種者氏名(複数の方が接種した場合は全員の氏名)
- ・接種日 ・接種費用(単価) ・医療機関名・医療機関印
- ・但書「インフルエンザ予防接種代」(予防接種のみでは不可)

※事業所内接種において接種費用が給与引去りの場合、領収書は不要です。上記②接種内容の備考欄に「事業所内にて接種」とご記入下さい。

| 健康保険組合記入欄 | | |
|-----------|-----|-----|
| | 受付日 | 出納日 |
| | | |