

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	令和元年12月25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) <b>ケンポ タロウ</b>	
		1	12345		<b>健 保 太 郎</b>	
	会社名 (事業所名)	〇〇〇〇株式会社		所属	人事総務部	
		※任意継続者は記入不要です。		電話番号	(内線) 711-3741 (外線) 029-276-7437	※任意継続者は記入不要です。
自宅	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇〇町〇-〇-〇 ※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。				
	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ※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) <b>ケンポ タロウ</b>	<b>健 保 太 郎</b>	昭 平・令 48年 1月 1日	令和元年11月20日 令和 年 月 日	3,500 円	事業所にて接種
(フリガナ) <b>ケンポ ハナコ</b>	<b>健 保 花 子</b>	昭 平・令 50年 2月 1日	令和元年11月10日 令和 年 月 日	4,000 円		2,000
(フリガナ) <b>ケンポ ケンタ</b>	<b>健 保 健 太</b>	昭 平・令 15年 3月 1日	令和元年11月10日 令和 年 月 日	4,000 円		2,000
(フリガナ) <b>ケンポ ヤスコ</b>	<b>健 保 保 子</b>	昭 平・令 17年 4月 1日	令和元年11月10日 令和元年12月20日	3,000 円 3,000 円		2,000
(フリガナ) <b>ケンポ ヤスオ</b>	<b>健 保 康 夫</b>	昭 平・令 23年 5月 1日	令和元年11月 令和 年 月 日	3,000 円 000 円		2,000
					合計	9,750

2回接種した場合は下段(2段目)に2回目をご記入下さい。

③ 委 任 状	工機ホールディングス健康保険組合 理事長 殿	殿に委任します。
	本請求に基づく給付金の受領を	被保険者
	令和元年12月25日	氏名 <b>健 保 太 郎</b>

●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)

※事業所内接種等において、接種費用が給与引去りの場合は領収書の添付は不要です。  
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