工機ホールディングス健康保険組合　　御中

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。	
被保険者等記号・番号	記号	番　号	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
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 ※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。				
自宅 電話番号	※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						
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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)
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	昭・平・令　年　月　日	令和　年　月　日	円		
		令和　年　月　日	円		
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	昭・平・令　年　月　日	令和　年　月　日	円		
		令和　年　月　日	円		
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	昭・平・令　年　月　日	令和　年　月　日	円		
		令和　年　月　日	円		
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	昭・平・令　年　月　日	令和　年　月　日	円		
		令和　年　月　日	円		
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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。

年　　月　　日　　被保険者 氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●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

K0820（R06.12）