

申請 令和 年 月 日

志村化工健康保険組合理事長殿

【インフルエンザ予防接種】補助金申請書

申請者記入欄

事業所名	
所属部署	
被保険者名（印）	印

注：署名の場合は押印はいりません

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて補助金交付を申請します。

記

接種申請者

保険証記号番号	氏 名	インフルエンザ接種日	備 考

申請の概要

- 補助対象者：接種日において資格のある被保険者、被扶養者です。
- 補助金額：3,000円
(注：新型・季節型・混合ワクチン問わず期間中1回のみ/3,000円以下は実費補助)
- 補助対象期間：10月1日 ~ 翌年1月31日
- 接種を受けた医療機関の「明細付領収書（氏名・内容が記載されたもの）の原本を必ず添付してください。（注：レシートは不可）
- 補助金は事業所経由で支給します。（任継の方は、届出済み銀行口座への振込みとします。）

健保記入欄

支給決定伺		令和	年	月	日
支給額	常務理事	事務長	担当		
円					
支給額		円			

志村化工健保組合

受付印