

健保決裁欄	令和 年 月 日			
	常務理事	事務長	課長	係

合計支給決定額【健保記入欄】			
¥			
被保険者 名		被扶養者 名	

※これより下の枠内は、**全ての欄が必須記入**です。また、書類のホチキス止めは一切無用に願います。

インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書

提出日	令和 年 月 日	事業所名	
請求者名 (事業所・事業主名)		フリガナ	
請求者住所 (事業所住所)	〒		
	電話番号		
補助金振込先口座情報 ※(事業所名義の口座 / ゆうちょ銀行以外の金融機関でお願いします。)			
銀行名	支店名	口座種別 (どちらかを○で囲む) ↓	事業所口座名義(カタカナ記入)
銀行コード(記入必須)	支店コード(記入必須)	普通・当座	事業所口座番号(左詰め記入)
健保記号		合計請求人数 人	

《 注 意 事 項 》

※ この補助金の対象となるのは、毎年10月1日からその年の12月31日までの間に受けた被保険者／被扶養者のインフルエンザ予防接種の費用です。

※ 補助額は、被保険者および被扶養者1人あたり2,000円(税込)が上限です。予防接種を2回受けた場合でも、補助は1回分のみとなります。

※ 13歳未満の2回法接種者は、一回目は2,000円、2回目は1,000円(二回法満額で3,000円)の補助となりますが、その際には2回分の領収書を、まとめて一度に申請することとします。【一回法該当者はその旨を必ず連絡欄に記入のこと。(例:●●-●●の続柄●は一回のみ接種)】
※ 申請の際、領収書の但書に必ず、「インフルエンザ」の記載があることを確認して下さい。単に「予防接種」や「ワクチン」の記載だけでは認められません。

※ その年度の申請の提出締め切りは、接種した年の翌年1月末日(健康保険組合に必着)となります。この期限は必ず厳守してください。(郵便事情等も考慮のうえ、なるべく早めの申請をお勧めします)

※ 領収書は返却いたしませんので、セルフメディケーション税制をご利用になる場合は、予防接種済証をご利用ください。

※ この申請は、すべて会社委任のみの扱いとなります。領収書等ご注意下さい。

その他、別添の『領収書貼付様式』の内容も併せ読んでいただき、確認の上ご申請ください。