

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			

※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 6 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		事業所口座名義(カタカナ記入)		
				口座種別 (どちらかを○で囲む) ↓		
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)】
- ※ 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。領収書等ご注意ください。

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。

インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書【会社委任用】

※下記の太枠内には何も記入しないで下さい。

	被保険者証 記号／番号	接種された方の氏名	続柄	生年月日	接 種 日	接 種 費 用		受領の代表者 (事業主) への委任印	支 給 額 【健保記入欄】		
1	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
2	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
3	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
4	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
5	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
6	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
7	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
8	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
9	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
10	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
11	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
12	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
13	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
14	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
15	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
16	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
17	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
18	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
19	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
20	-	(カナ) (漢字)		S. H. R. . .	R. 6 . .	¥			¥	-	
合計人数					人		／ 頁				

連絡欄	
-----	--

領収書貼付様式

《 領収書は原本／コピー・レシートは不可 》

※注意事項等をよくご確認のうえ、こちらの用紙、もしくは他のA4の紙に領収書を貼り付けてください。

また書類のホチキス止めは一切不可とします。

《 領収書について 》

医療機関発行の領収書(原本)を個人ごとの内容が見えるようにこの台紙に貼り付けてください。領収書は台紙からはみ出ず、剥がれることのないように体裁を整えて貼り付けてください。(ホチキス止めは厳に不可)

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。

また、次の①から⑥についてが、すべて領収書内に明記されているか、ご確認ください。

- ① 接種者氏名(フルネーム)。
- ② レシートの体裁のものは不可。
- ③ 接種日(補助金対象期間中の接種日) 毎年ごと10月1日から、12月31日までの期間。
- ④ 接種費用。
- ⑤ 但書の記載:”インフルエンザ予防接種代金”であることの記載。
(単に”予防接種代”・”ワクチン代”では不可)。接種者各人の氏名と個人ごとの金額。2回法接種者の分はそのすべての金額がまとまっているか。内税/外税の区別がつくか。
- ⑥ 接種した医療機関名の記載。

※予防接種を受けることが適当でない場合がありますので、アレルギーのある方などは接種する方が医師に相談してください。

申請書提出期限／ 毎年度1月末日が提出の締切日です。(健保組合に必着分まで)期日を過ぎての提出は受付できません。郵便事情もよくご考慮の上、健保に必着を厳守をお願いします。

【 領 収 書 の 例 】

下記の①～⑥の記載必須項目の記載がない体裁のものの受付は出来ません。

①接種者氏名(フルネーム記載)	領 収 証	③接種日(補助金対象期間中の接種日に限る)
建設 太郎 様		令和6年★月★日
②レシートの体裁のものは不可	金額 8,450円 但 インフルエンザ予防接種代として 内訳: 太郎様3,700円、花子様(一回目)2,750円、 花子様2,000円(二回目)。いずれも消費税を含む。	④接種費用
		⑥医療機関名 建設病院 TEL:〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
⑤但書: 領収証内に「インフルエンザ」という記載と「接種者全員の氏名と個人ごとの金額」の記載があるか。無ければ医療機関で追記してもらうか、明細書等も併せてご添付ください。(※ ”予防接種代”のみの記載は不可) 2回法接種者は、その2回分の合計金額を(領収書を)まとめて請求する必要があることにご留意ください。また、消費税に関する記載がない限り、その領収書は消費税を含んだものとして扱います。		

領収証と申請書の要件を満たさないものは、受付かねますので、充分にご注意ください。

また、補助金の請求申請は、すべて事業所に於いて取りまとめ(本人、家族分とも)、その事業所口座に委任して一括での振り込みとなりますのでご注意ください。

のりづけ位置

★この枠より左側には貼付しないでください★

領収書のホチキス止めは厳に不可

