

任意継続被保険者用 インフルエンザ予防接種補助金申請書
下記のとおり、インフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を申請します。

【申請する方(被保険者ご本人に限ります)】

申請日 令和 年 月 日

被保険者の記号・番号		連絡先(電話番号)	
	一		
被保険者氏名		備 考	
フリガナ			
		印	

【接種した方】 補助金の対象となるのは、接種の日に当組合の被保険者・被扶養者の資格がある方です。
(2回接種の場合は、初回の接種日を記入してください。)

資格	氏名	接種した医療機関名		補助金額
		接種した日	支払った費用	
被保険者	本 人			2,000円
		令和 年 月 日	円	
被扶養者				2,000円
		令和 年 月 日	円	
被扶養者				2,000円
		令和 年 月 日	円	
被扶養者				2,000円
		令和 年 月 日	円	
被扶養者				2,000円
		令和 年 月 日	円	
接種した方の合計人数		支払った費用の合計		補助金合計
				円

補助金受取方法	振込銀行名	支店名	預金種別	口 座 番 号
振込			普通・当座	

注意事項

☆接種する期間 令和3年10月1日～令和4年1月31日（期間外での接種は補助金対象になりません）

☆申請の回数 1世帯につき1回（接種されるご家族全てが済んでからまとめて請求してください）

☆補助対象の接種回数

お一人につき1回（2回接種された場合も補助金は1回分の2,000円のみです）

☆支払った費用と補助金申請額

補助金の上限額はお一人当たり2,000円までです。

但し、支払った費用が2,000円未満の場合はその額になります。

☆添付書類 医療機関が発行した領収書(原本)。接種した方の氏名と接種料金の内訳のわかるものを申請書裏面に糊付けしてください。

☆申請書の提出〆切 令和4年1月31日(月)

☆補助金支給方法 令和4年3月末振込