

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) | |
| | — | | |
| 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 | |
| 被扶養者 | | | | 2,000円 |
| | | 令和 年 月 日 | 円 | |
| 接種した方の合計人数 | 人 | 支払った費用の合計 | | 補助金合計 |
| | | 円 | | 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