

常務理事	事務長	担当

インフルエンザ予防接種補助金申請書

シャチハタ可（日付印不可）

申請者 (被保険者) 記入部分	提出日	平成〇〇年〇〇月〇〇日				
	被保険者証		所 属	被 保 険 者 氏 名		
	記号	番号				
	〇〇	〇〇〇	〇〇〇〇部	健康 青空 印		
	接種者氏名	続柄	接種日 * 2回接種は①②に記載	ワクチン接種費用	補助金申請額 1人4,000円までの実費	
	健康 青空	本人	①平成 〇〇 年 〇〇月 〇〇	3,000円	3,000円	
			②平成 年 月 日			
	健康 美子	妻	①平成 〇〇 年 〇〇月 〇〇	2,500円	2,500円	
			②平成 年 月 日			
	健康 良介	長男	①平成 〇〇 年 〇〇月 〇〇	6,000円	4,000円	
②平成 〇〇 年 〇〇月 〇〇						
		①平成 年 月 日	円	円		
		②平成 年 月 日				
		①平成 年 月 日	円	円		
		②平成 年 月 日				

補助金申請合計	9,500円
---------	--------

【注意事項】

- 1・補助金対象者は、河西工業健康保険組合加入の被保険者と被扶養者です。
- 2・補助額は年度1回4,000円/人を限度とします。（4,000円に満たない場合は実費を補助します）
- 3・領収証（原本）には、インフルエンザ予防接種の費用であることが記載されていることが必要です。
- 4・領収証（原本）は、ホチキスにて申請書の裏へ添付してください。
- 5・2回接種の場合は、①②に接種実施日を記載し、2回分を一括請求してください。
- 6・補助金振込口座は、給与第一口座です。
- 7・接種期間は、10月1日～12月31日までが対象です。
- 8・請求期限は、翌年1月末日までの健保到着分とします。（振込は毎月、月末）
- 9・申請書は**裏紙不可**です。ご注意ください。

【個人情報保護に関する取扱いについて】

- ・本申請に関して、申請書等に記載していただく個人情報については、このインフルエンザ予防接種補助金支給に関してのみ使用され、他に利用されることはありません。