



常務理事	事務長	職員

令和 年 月 日

### 新型コロナウイルス予防接種補助金申請書（家族）

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏 名					印		
事業所					所属部署					
利用した施設・病院名										
被扶養者(接種者)氏名										
接種日	令和		年		月		日	接種費用	円	
支払金融機関	銀行 金庫 信組				本店 支店 出張所		預金種別	普通 当座		
	〔銀行コード〕		〔支店コード〕							
	口座番号				口座名義(カナ)					

～申請書提出の際の注意事項～

- 補助の対象は、被扶養者(当健保組合の保険証を持っている被扶養者)です。
- 3,000円を上限とします。(上限に満たない場合は、実費をお支払いします。)
- 領収証(原本)を下欄に添付してください。(領収証のない場合は、無効となります。)

－ 領 収 証 添 付 欄 －

提出時はここにホチキス止め又はクリップ止めをお願い致します

健保組合 記入欄	支給日	令和	年	月	日	補助金額	円
-------------	-----	----	---	---	---	------	---