



常務理事	事務長	職員

年 月 日

インフルエンザ予防接種補助金申請書（家族）

下記の赤字内の項目にモレなく記載してください！

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	印	
事業所名			所属部署		
接種者氏名	接種日		医療機関名	領収証の金額 (2回分の合計金額)	
	年	月	日	円	
	年	月	日		
	年	月	日	円	
	年	月	日		
	年	月	日	円	
	年	月	日		
合計				円	
支払金融 機関欄	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～

- 補助金の対象者は、当健保に加入している被扶養者です。
- 請求は、被扶養者(家族)分をまとめて1回で請求してください。
- 接種日、接種者氏名、インフルエンザ予防接種と明記された領収証(原本)を添付(ホチキス止め)してください。
(領収証のない場合や接種者名が記載されてない場合、又は被扶養者と異なる場合等は、無効となりますので注意してください。)
- 全額、健康保険組合の負担とします。

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