

※組合使用欄	支給決定日	受診人数合計		申請金額	常務理事	事務長	担当者
	令和 年 月 日	任継・本人 人	家族 人	円			
	補助金支給決定額	2,000 × 名		支給額			円
		1,000 × 名					円

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証	記号		番号		
被保険者	氏名				印
	住所	〒 -			TEL () -
接種者氏名	区分	接種年月日	接種費用		
	本人・家族				
	本人・家族				
	本人・家族				
	本人・家族				
	本人・家族				

振込先指定口座	金融機関名	銀行・信金・信組・その他()
	支店名	本店・支店・出張所・その他()
	口座番号	(普) No.
	フリガナ 口座名	



👉 注意事項

- 注1) 👉 任継の方は申請書(表紙・申請者明細)に領収書添付書を添えて、世帯で取り纏めて、健保組合へ提出してください。
- 注2) 👉 任継の方は申請書(表紙・申請者明細)に領収書添付書を添えて、
- 注3) 👉 13歳未満のお子様で2回接種した場合は、領収書を2枚まとめて提出してください。
1回あたり1,000円までを上限に、2回で最大2,000円まで補助します。

~~~~~ 受付印 ~~~~~

# 領収書添付書

所属:

/ 枚目

領収書は申請リスト順に  
1つにまとめて  
ホッチキスで留めてください!

裏面に「保険証の記号・番号」を  
記入してください。

(見本)

(例: 記号 9999 番号 12345)

山田 太郎 様

## 領収書

金 2,500 円

但し、インフルエンザ予防接種代として

領収日

令和2年10月10日  
iDA診療所

- ▶接種期間: 令和2年10月1日～令和2年12月25日まで。
- ▶申請期間: 令和3年2月19日まで。