

理事	局長	課長	課長補佐	担当

支給決定日	年 月 日
補助決定額	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		88 — .			
接種した方について記入	氏名	医療機関名	接種年月日	窓口負担金額	補助金額 (記入不要)
	生年月日・年齢				
	年 月 日・才		年 月 日	円	
	年 月 日・才		年 月 日	円	
	年 月 日・才		年 月 日	円	
	年 月 日・才		年 月 日	円	
	年 月 日・才		年 月 日	円	
	年 月 日・才		年 月 日	円	
	年 月 日・才		年 月 日	円	
				合 計	円

●注意事項

- この補助金は、次に定める額とします。
 - 1人年度内1回に限り2,000円を限度として補助します。
 - 年齢が小学校6年生以下の児童でおおむね4週間以内に予防接種を2回受診し2回分を同時に申請した場合に限り4,000円を限度として補助します。
 - 自治体等から予防接種に要する費用の補助がある場合には予防接種に要する費用の額から自治体等の補助額を控除した額とし、その額は上記(1)及び(2)に定める額以内の額とします。
- 医療機関が発行する領収書には次の項目の記載が必要です。なお、領収書は原本を提出願います。
 - 予防接種を受けた日
 - 予防接種を受けた者の氏名
 - 医療機関名
 - 予防接種に要した費用の額
 - 「インフルエンザ予防接種」であることを明記
- 2回接種した場合、2回分の領収書又は2回分と判断できる領収書を添付してください。(2回分の判断ができない領収書では1回分の補助になります。)
- 経鼻インフルエンザワクチンは補助しません。

上記のとおり申請します。

なお、上記インフルエンザ予防接種補助金の受領を下記受任者に委任します。

年 月 日
住 所
組 合 員
氏 名 _____

東京建設職能国民健康保険組合理事長 殿

受任者 (組合長)	支 部 名 _____
	住 所 _____
	氏 名 _____

受 付 日