

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書 (事業所用)

インフルエンザ予防接種を下記のとおり実施しましたので補助金の交付を申請します。

事業所記入欄	実施年月日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
	実施人数	名		
	接種費用合計	円		
	事業所記号		担当者名	
			TEL	()
	事業所名			
事業主名				

- ※ 補助金は、事業所の給付金口座に振込いたします。
- ※ 申請の際は、実施者名簿および接種費用の領収書（コピー可）を必ず添付してください。
- ※ 領収書は A 4 用紙にコピーするか、A 4 用紙に貼り付けて添付してください。
- ※ 領収書には、接種者氏名・接種日・医療機関名・インフルエンザ予防接種費用であることが明記されていることを確認してください。
インフルエンザ予防接種費用と記載がない領収書の場合は、「明細書」等を併せて添付してください。
- ※ 2 回接種をされた方の補助金申請は、1 回分のみが補助対象となります。
- ※ 東振協契約医療機関で、利用券を提出して接種した際のご負担金は、補助金の申請はできません。（すでに出版健保が差額分を負担しているため）
- ※ 事業所に在籍している方は、個人での申請ではなく事業所担当者に提出してください。
（記号9700、9900、9901の方は「任意継続・特例退職者用」の申請書をご使用ください。

提出期限：令和 9 年 3 月 3 1 日（水）必着

インフルエンザ予防接種 実施者名簿

事業所記号

※ 領収書は A 4 用紙にコピーをするか、A 4 用紙に貼り付けて添付してください。

※ 被保険者以外の方は、続柄を記入してください。

例：妻、母、父、長男、二男、長女、二女、兄、姉、弟、妹、義父、義母 等

	健康保険の 番 号	実施者名	続柄	接種金額	接種日	医療機関名
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						