健保記入備考欄

インフルエンザ予防接種　補助金支給申請書

保険証記号		事業所名称	
事業所の所在地 （任継は住所）	〒　　―		
担当者氏名 （任継は被保険者氏名）		連絡先電話番号	

受診者名簿

＊2,000円未満で2回接種の場合は2枚まとめて請求してください

保険証番号	接種を受けた方の氏名	※小学生以下は接種回数に☑	保険証番号	接種を受けた方の氏名	※小学生以下は接種回数に☑
		□1回のみ □2回目あり			□1回のみ □2回目あり
		□1回のみ □2回目あり			□1回のみ □2回目あり
		□1回のみ □2回目あり			□1回のみ □2回目あり
		□1回のみ □2回目あり			□1回のみ □2回目あり
		□1回のみ □2回目あり			□1回のみ □2回目あり
		□1回のみ □2回目あり			□1回のみ □2回目あり
		□1回のみ □2回目あり			□1回のみ □2回目あり
		□1回のみ □2回目あり			□1回のみ □2回目あり
		□1回のみ □2回目あり			□1回のみ □2回目あり
		□1回のみ □2回目あり			□1回のみ □2回目あり

※振込先は事業所の口座になります（任意継続被保険者は個人の口座になります）

補助金振込先銀行口座			
銀行 信金	支店	当座・普通 No.	
フリガナ 口座名義			

（注）・接種に要した費用の領収明細書（インフルエンザ予防接種と明記、コピー可）を添付の上提出してください。
・フルミストは補助金対象外です。
・予防接種済の通知書は領収書の代用はできません。（領収金額が記載されている場合は可）
・当年10月から翌1月末までに予防接種を受けた方が対象です。

インフルエンザ予防接種領収書添付用紙

※氏名、金額、接種日、インフルエンザの接種と分かる記載箇所等は重ならないようお願い致します。 添付用紙を使わずに領収書をクリップ等にまとめて提出していただいても構いません。 支給申請書と同じ順番に添付又はまとめてください。

領収書貼付欄

※領収書の添付はこの用紙からはみ出さないようお願い致します。

領収書必要事項		
接種氏名	○○　○○様	（苗字のみは受付できません）
接種日	○年○月○日	
金額	○○○○円	
接種内容	インフルエンザ予防接種	（病院手書きでも可）