

申請 年 月 日

トーハツ健康保険組合理事長殿

インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請者記入欄

| | |
|----------------|--|
| 事業所名 | |
| 所属部署 | |
| 被保険者証 記号・番号 | |
| 被保険者名 | |

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて補助金交付を申請します。

接種者

| 氏名 | 接種日 | 備考 |
|----|-----|----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

振込先情報 ※被保険者の名義に限る。銀行名は省略せずご記入ください。

| | | | |
|--------|---------|------|--|
| 銀行名 | | 支店名 | |
| 口座種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

1. 補助対象者: 接種日において資格のある被保険者、被扶養者
2. 補助金額: 3,000円/人 迄
(注: メーカーは問わず。13歳以上は1回のみ。3,000円を超えた額は自己負担)
3. 補助対象期間: 本年10月1日～翌年1月末日
4. 接種を受けた医療機関の領収書(接種者氏名および「インフルエンザ予防接種」と記載されたもの)の原本を必ず添付すること。
5. 個別の費用ごとの補助となります。領収書は各接種者氏名を記載してください。包括不可。

※ご注意ください※

お住まいの市町村よりインフルエンザ予防接種の助成を受けられた場合は、補助の対象となりません。

健保記入欄

| | | | |
|-------|-----|-------|----|
| 支給決定伺 | | 年 月 日 | |
| 支給額 | 理事長 | 常務理事 | 担当 |
| 円 | | | |

トーハツ健康保険組合

受付印