

常務理事	課長	担当

令和 年 月 日

# インフルエンザ予防接種 補助金申請書

※Web申請の場合、この申請書の提出は不要です。

会社名		事業所名		部署名	
記号・番号				電話番号 (内線・外線・携帯)	
被保険者の氏名				支払金額	円
受診者の氏名			接種時の 年齢	続柄	○本人・長男等 ×子・配偶者
接種日 1回目	令和	年	月	日	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
接種日 2回目	令和	年	月	日	接種1回のみ ← 13歳未満で接種1回の方は 接種1回のみ に○印

在職中の補助金受領に 関する同意	以下の□にチェック✓を入れて下さい。(任意継続者：記号9990はチェック不要) <input type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業所経由で受領することに同意します。
---------------------	---

【添付書類】： 領収書の原本（本紙の裏に印字面を上、重ねないように糊付けして下さい）

「領収書」の記載内容を確認して チェック✓ して下さい  
領収書に記載が無い場合は「診療内訳明細書等」を確認して下さい（その場合 明細書も添付）

<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	① インフルエンザ予防接種を受けた方の氏名 の記載がある
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	② 予防接種を受けた年月日 の記載がある
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	③ 医療機関名 の記載がある
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	④ インフルエンザ予防接種の料金 の記載がある
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑤ インフルエンザ予防接種代 と記載されている

→ いいえ がある場合は、医療機関で領収書に「加筆・押印」してもらって下さい  
領収書等に①～⑤全ての記載が無い場合は受理致しません

退職後に請求する場合に記入（任意継続者：記号9990は記入不要）

金融機関・支店コード		預金種目	普通	フリガナ	
金融機関名	支店	口座番号		名義	

【注意事項】 ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピーを必ず添付下さい（店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ）

【健保記入欄】 (Excel版は補助金額等が表示されますが、そのままご提出下さい。)

支給額	円	支給日	令和	年	月	日
-----	---	-----	----	---	---	---

※実費上限2,000円まで

※「R6.3.31接種分まで」は、令和5年度接種用の申請書をご利用下さい。

※受付日付印

発信者印	発信者印



令和5年度 接種用

常務理事	事務長	担当

令和 年 月 日

## インフルエンザ予防接種 補助金申請書（～R6. 3. 31接種用）

※Web申請の場合、この申請書の提出は不要です。

会社名				事業所名				部署名			
記号・番号					電話番号 (内線・外線・携帯)						
被保険者の氏名							支払金額	円			
受診者の氏名					接種時の 年齢			続柄	○本人・長男等 ×子・配偶者		
接種日 1回目	令和	年	月	日	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
接種日 2回目	令和	年	月	日	接種1回のみ ←		13歳未満で接種1回の方は 接種1回のみ に○印				

在職中の補助金受領に 関する同意	以下の□にチェック✓を入れて下さい。(任意継続者：記号9990はチェック不要) <input type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業所経由で受領することに同意します。
---------------------	---

【添付書類】： 領収書の原本（本紙の裏に印字面を上、重ねないように糊付けして下さい）

「領収書」の記載内容を確認して チェック✓ して下さい  
領収書に記載が無い場合は「診療内訳明細書等」を確認して下さい（その場合 明細書も添付）

<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	① インフルエンザ予防接種を受けた方の氏名 の記載がある
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	② 予防接種を受けた年月日 の記載がある
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	③ 医療機関名 の記載がある
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	④ インフルエンザ予防接種の料金 の記載がある
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑤ インフルエンザ予防接種代 と記載されている

→ いいえ がある場合は、医療機関で領収書に「加筆・押印」してもらって下さい  
領収書等に①～⑤全ての記載が無い場合は受理致しません

## 退職後に請求する場合に記入（任意継続者：記号9990は記入不要）

金融機関・支店コード		預金種目	普通	フリガナ	
金融機関名	支店	口座番号		名義	

【注意事項】 ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピーを必ず添付下さい（店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ）

【健保記入欄】（Excel版は補助金額等が表示されますが、そのままご提出下さい。）

支給額	円	支給日	令和	年	月	日
計算	予防接種にかかった費用から自己負担額2,000円を引いた差額（上限2,000円）が補助金額になります					
	¥	—	2,000	=		

※受付日付印

発信者印	発信者印

