

令和6年度 インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

事業所申請用

インフルエンザ予防接種費用補助金について、領収書を添えて下記のとおり申請します。

事業所名		事業主氏名	
連絡先電話番号	(日中連絡がとれる番号)	事務担当者氏名	

補助金の振込先

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫・組合	支店名	支店
	預金種別	普通・当座	口座名義	フリガナ
	口座番号			

◎ 補助金を申請する方全員の氏名等をご記入ください。

↓組合記入欄

No.	被保険者証記号番号	氏名	接種年月日	特定健診対象者の場合、 (特定健診の)受診機関と受診日	補助金交付額
1	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
2	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
3	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
4	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
5	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円

※5人以上の場合は、ここに記載の他、別途、被保険者証記号番号と氏名を記載した名簿を添付してください。

申請する人数

名分

対象者：接種日現在、当組合に加入している被保険者。ただし当年度4月1日時点当組合被保険者である特定健診対象者にあつては今年度末までに特定健康診査を受診することを条件とする。

接種期間：令和6年10月1日から令和7年1月末日

申請期間：令和6年10月1日から令和7年3月31日

補助回数：1回（2回接種方式の場合でも、補助は1回分のみ）

補助金額：1人1,500円（年1回） ※自己負担額が補助金額を下回る場合はその額を上限とします。

■ 申請の注意事項

① 事業所単位で申請してください。（6名以上からは続紙をご利用ください。）

* 家族分も振込先が事業所でよければ一緒に申請可能です。

② 特定健診対象者の場合、受診機関からの結果表が確認後、補助金を振込みします。

■ 領収書(原本)の注意事項

① 原本であり、接種年月日・氏名・医療機関名・但書に記載があるものを添付してください。

② 領収書の氏名はフルネームをお願いします。（名字だけは不可）

③ 領収書が事業所や支店等で一括になっている場合は、領収証ごとに氏名、金額を記入あるいは一覧表を添付してください。

④ 但書は「インフルエンザ予防接種代」と記載してください。但書に記載がない場合は、診療報酬明細書の添付もお願いします。

<組合処理欄>

本申請について、下記のとおり処理する。

- 申請のとおり、補助金を交付する。
- 申請内容を是正のうえ、補助金を交付する。
- 補助金を交付しない。

(是正又は不交付の理由)

補助金交付合計額

円

受付印

決裁欄	理事長	常務理事	事務長	係	備考

起案日

決定日

令和 6 年度 インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

◎ 補助金を申請する方全員の氏名等をご記入ください。

↓組合記入欄

No.	被保険者証記号番号	氏名	接種年月日	特定健診対象者の場合、 (特定健診の)受診機関と受診日	補助金交付額
6	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
7	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
8	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
9	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
10	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
11	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
12	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
13	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
14	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
15	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
16	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
17	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
18	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
19	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
20	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
21	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
22	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
23	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
24	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円
25	道薬 - -		令和 年 月 日	令和 年 月 日 受診機関名	円