

インフルエンザ予防接種補助金支給決定決議書

支 給 額	取込作業履歴 ID	実施者印
円 20	—	
支給額計算内訳	被保険者 _____ 人 × 1,200 = _____ 円	
	被扶養者 _____ 人 × 1,000 = _____ 円	
	被扶養者 _____ 人 × 1,500 = _____ 円	

\*上記枠内は記入しないでください。

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書（任継者用）

保険証番号	接種者氏名	続柄区分	接種年月日（西暦）
		本人・家族	20 年 月 日
		本人・家族	20 年 月 日
		本人・家族	20 年 月 日
		本人・家族	20 年 月 日
		本人・家族	20 年 月 日

◎下記注意事項をよく読んで申請してください。

(フリガナ) 被保険者口座名義	
金融機関名 被保険者口座の種類	銀行・信用金庫 支店 普通・当座 (口座番号 )

上記のとおり申請します。なお、添付の領収証書はインフルエンザ予防接種にかかる領収証書に相違ありません。

平成 年 月 日

愛鉄連健康保険組合理事長 殿 保険証記号 900 番号 \_\_\_\_\_

被保険者住所 〒 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

◎ 下記注意事項をよく読んで申請してください。

【注意事項】

- ※ この申請書は、インフルエンザ予防接種費用を全額自費で支払った場合に使用します。
- ※ この申請書に「インフルエンザワクチン接種補助券」に医療機関の証明を受けたもの、もしくは受診者氏名及び明細（または但し書き）のある「領収書」（原本または写しに事業主が原本証明したもの、レシート不可）を添付して組合まで申請してください。
- ※ 「インフルエンザワクチン接種補助券」を利用しなかった場合は、この申請書に接種補助券を添付してください。
- ※ 65歳以上の方で市町村等他の制度により補助を受けられる場合は、組合の補助は対象外となります。