

申請期限
2024年3月末まで

(インフルエンザ様式 4)

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 × 1,555 = _____ 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

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

※ 申請者が多数の場合は、別紙「インフルエンザ予防接種補助金申請者一覧表」(インフルエンザ様式 4-1)を添付してください。

(フリガナ) 事業所口座名義人氏名	
金融機関名 事業所口座の種類	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。事業主が領収書を確認した場合には領収書の提出が不要となります。確認された場合は、支払金額を記入の上、下のチェックボックスにチェックを入れてください。

領収書の内容を確認しました。

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

記号	
----	--

事業所所在地

// 名称

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、事業所単位で取りまとめて申請していただく際に使用します。
支払金額を記入いただき、領収書の金額と相違がないかご確認ください。
- ※ 原則として事業所振り込みとなります。ただし、県外の支店、営業所がある場合は、営業所ごとに申請していただいても結構です。(できるだけ月単位で取りまとめていただくようご協力ください)
- ※ 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。