

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	銀行・信用金庫 支店
事業所口座の種類	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。