

インフルエンザ予防接種補助金申請書

岐阜繊維健康保険組合理事長 様

事業所所在地

事業所名称

代表者名

⑨

下記の通りインフルエンザ予防接種を実施しましたので、補助金を申請します。

記

申請者（被接種者）人数	人
-------------	---

インフルエンザ予防接種補助金支給規程（抜粋）

（補助金支給要件）

第3条 補助金の支給を受けようとする者は、予防接種をしたとき、現に被保険者又は被扶養者の資格を有し、かつ次の要件を満たしていなければならない。

- 1 接種期間 当年10月1日から翌年1月31日まで
- 2 申請受付期間 翌年の2月末日まで

（補助金の支給限度額及び回数）

第4条 補助金の額は、第2条に基づき、年1回、接種者1人当たり、1,500円（消費税含む）を限度として、その実費相当額を支給するものとする。

ただし、次の（ア）に該当する場合は支給しない。

（ア）接種時に満65歳以上の方

（支給申請手続）

第5条 この補助金の支給を受けようとするときは、事業主が請求するものとし、事業所で取りまとめた上、別に定める「インフルエンザ予防接種補助金申請書」に所定事項を記入し、次の書類を添付の上、組合に提出するものとする。

ただし、任意継続被保険者及びその被扶養者に係る場合は、任意継続被保険者が「インフルエンザ予防接種補助金申請書（任意継続被保険者用）」に所定事項を記入し、次の1の書類を添付の上、組合に提出するものとする。

- 1 支払領収証（コピー）
- 2 インフルエンザ予防接種補助金申請名簿

※支払領収証はA4サイズ用紙にコピーして下さい。また、複数取りまとめも可です。

インフルエンザ予防接種補助金申請書（任意継続被保険者用）

岐阜繊維健康保険組合理事長 様

被保険者住所

被保険者氏名

㊞

下記の通りインフルエンザ予防接種を実施しましたので、補助金を申請します。

記

健康保険証の	記号		番号	
接種者の氏名				
金融機関名		銀行		本店・支店
	普通・当座（口座番号			
(フリガナ) 被保険者の口座名義				

1. 補助金支給の接種期間は、当年の10月1日～翌年1月31日です。
2. 接種時に満65歳以上の方は、補助金の対象とはなりません。
3. 領収書を必ず添付してください。

領収書添付（裏面に張っていただいても結構です。）

の り し ろ

インフルエンザ予防接種補助金申請名簿

[illegible]

※欄は記入しないでください