

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	28	番号	1234	生年月日	年	月	日			
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	5	5	0	3	1	8
					<input type="checkbox"/> 平成						
氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ	健保 太郎								
住所	(〒	650	-	〇〇〇〇)	兵庫 神戸市〇〇区1-2					

申請内容	被保険者証 枝番	氏名	接種年月日	1回目	2回目
	00	健保 太郎	令和	03 12 25	04 01 06
	01	健保 花子	令和	03 12 25	04 01 06
			令和		
			令和		
			令和		

振込先指定口座	金融機関 情報	金融機関コード	0000	名称	〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 信組	<input type="checkbox"/> 農協
		支店コード	000	支店名	△△△	<input type="checkbox"/> 金庫	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 出張所
						<input checked="" type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 本所	<input type="checkbox"/> 支所
預金種別	当座	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	貯蓄	口座番号	1234567	左づめでご記入ください		
口座名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ							

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく補助金に関する受領を下記の代理人に委任します。						被保険者と代理人の関係
		委任年月日	令和	年	月	日		
	代理人 (口座名義人)	住所	住所: 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ					(R3.9)

- この補助金は、被保険者・被扶養者1名につき、1回接種した場合2,000円、2回接種した場合4,000円を限度とする実費を年度内(4/1~3/31)に1回支給します。
- 2回接種する場合は、2回目の接種がおわってから申請してください。
- 領収証(原本/次の①~⑤の内容が記載のもの)を添付してください。
①接種者氏名、②接種費用、③接種日、④インフルエンザ予防接種代金とわかる表示、⑤接種した医療機関の名称
- 補助金の申請期限は、令和4年2月14日(月)健康保険組合必着です。