事業所名

◎健康保険の番号順に入力してください。 ◎必要事項を入力または選択し、領収証原本を添付のうえ、ご提出ください。◎領収証の記載事項を確認してください。以下の記載がないものは対象外です。日にち、氏名、金額、医療機関名、予防接種の名称、領収印 ※健保使用欄 本人 家族 00 🖪 号 番 号接 記 種 者 氏 名続 柄 予 防 接 種 日窓口負担額 補助金額 本・家 年 月 円 00円 令和  $\exists$ 本・家一令和 年 月 円 00円 日 月 円 이이 円 本・家一令和 年 日 3 年 月 円 00円 本・家一令和 日 年 円 0 0 円 本・家 令和 月 日 月 Щ 00円 本・家 令和 年 日 月 Щ 00円 年 本・家 令和  $\exists$ 円 00円 本・家一令和 年 月 日 本・家 令和 年 月 円 0 0 円 日 本・家 令和 年 月  $\exists$ Щ 00円 月 円 00円 本・家 令和 年 日 月 円 0 0 円 本・家| 令和 年 日 年 月 円 0 0 円 本・家 令和  $\exists$ 年 月 Щ 00円 本・家 令和 日 月 円 00円 令和 年 本・家 日 年 Щ 00円 本・家 令和 月 日 月 円 円 本・家 令和 年 日 0 0 本・家 令和 年 月 日 Щ 00円 年 月 Щ 00円 本・家 令和 日 年 月 円 00円 本・家一令和 日 円 00円 本・家 令和 年 月 日 Щ 本・家 令和 年 月 00円 日 令和 年 月 日 円 00円 本・家 月 円 00円 本・家| 令和 年 日 本・家 年 月 日 円 0 0 円 令和 年 月 円 00円 本・家 令和 日 26 円 00円 月 本・家 令和 年 日 円 年 月 0 0 円 本・家 令和 日 年 円 円 令和 月 本・家 日 0 0 Щ 0 0 円 本・家| 令和 年 月 日

☆【添付書類】領収証原本※コピー、記載事項不足、事業所名義の領収証は対象外です。

意 【予防接種期間】 令和7年10月1日~令和8年2月28日

事

項

等

【請求可能期間】 令和7年10月1日~令和8年3月6日(必着)

【補助金額】本人:1,500円 家族:1,000円

※予防接種にかかった金額が補助金額内の場合は実費を上限として支給します。

【補助回数】期間内1回 ※2回接種した場合はどちらか1回のみを対象とします。