令和６年度　インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

事業所名

◎この補助金は事業所を通じて支給します。（とりまとめ表が必要です）
◎必要事項を記入し、領収書添付のうえ、事業所担当者へお渡しください。
◎番号順に記載してください。

※健保使用欄

※番号順に記載してください。

記号	番号	接種者氏名	続柄	予防接種日	窓口負担額	※記載しないでください※	補助金額
			本・家	令和　年　月　日	円		00円
			本・家	令和　年　月　日	円		00円
			本・家	令和　年　月　日	円		00円
			本・家	令和　年　月　日	円		00円
			本・家	令和　年　月　日	円		00円
			本・家	令和　年　月　日	円		00円
			本・家	令和　年　月　日	円		00円
			本・家	令和　年　月　日	円		00円
			本・家	令和　年　月　日	円		00円
			本・家	令和　年　月　日	円		00円

注　意　事　項

【添付書類について】

■　予防接種を受けた医療機関の発行した「領収書（原本）」を添付してください。

以下の記載がない領収書、レシート等は補助の対象となりません。ご確認ください。

●日にち　●氏名　●金額　●医療機関名　●予防接種の名称　●領収印

【期間について】

■　予防接種期間　：令和６年１０月１日～令和７年２月２８日
■　補助金請求期間　：令和７年３月７日（金）必着

【補助金額・回数について】

■　補助金額　：被保険者　１，５００円
　　：被扶養者　１，０００円
※実際の予防接種金額が補助金額内の場合は実際の費用を支給します。

■　補助回数　：期間内１回
お子様が２回予防接種を受けられた場合は、どちらか１回分を記載してください。

【その他留意事項】

■　事業主（事業所）名義の領収書では補助金は支給できません。
必ず個人名義の領収書をご用意ください。

※事業所ご担当者さまへ
大変お手数をおかけしますが、本申請書は「インフルエンザ予防接種補助金取りまとめ表」にておまとめいただき、健康保険組合へ一括送付していただきますようお願いいたします。
「インフルエンザ予防接種補助金取りまとめ表」はホームページにも掲載しております。
URL: https://www.denkikoujikenpo.com　　ＴＥＬ０６－６４８６－９０１３

大阪府電気工事健康保険組合