

**被保険者
被扶養者 「インフルエンザ予防接種」 補助金申請書**

| | |
|-----------|-----------|
| 被保険者証記号番号 | 被 保 険 者 名 |
| — | |

[予防接種をした方]

事業所(会社)の担当者に提出してください。

| 氏 名 | | 接種した医療機関名 | | 備考 |
|----------------|---|-----------|------|----|
| | | 接種年月日 | 接種費用 | |
| 被保険者 (本人) | | 医療機関名 | | |
| | | 平成 年 月 日 | 円 | |
| 被扶養者 (家族) | | 医療機関名 | | |
| | | 平成 年 月 日 | 円 | |
| 被扶養者 (家族) | | 医療機関名 | | |
| | | 平成 年 月 日 | 円 | |
| 被扶養者 (家族) | | 医療機関名 | | |
| | | 平成 年 月 日 | 円 | |
| 被扶養者 (家族) | | 医療機関名 | | |
| | | 平成 年 月 日 | 円 | |
| 接種した方 の合計人数 | 人 | 支払った費用の合計 | 円 | |
| | | 補助金の合計額 | 円 | |

領収書貼付欄

[注意事項]

- ※2回接種が必要な方は、2回分の【領収書】を必ず一緒に申請してください。
(2回接種分を1枚の合算領収書で申請の場合、必ず【2回接種分】と明記して貰ってください)
- ※大人の方で2回接種が必要な方は、必要理由を貼付欄に記入してください。

《インフルエンザ申請方法》

対象者：被保険者および被扶養者
補助内容：毎年10月から2月に接種分
補助金額：年齢・回数により異なります

[注意事項]

- ★10月から2月接種分で3月5日健康保険組合必着分のみ補助されます。
- ★[領収書]が必要です。(明細書のみは補助対象外です)
- ★1回接種の場合、補助金額は2,000円(実費限度)です。
- ★2回接種が必要な方は、**2回分の【領収書】を必ず一緒に申請してください、**
補助金額は4000円(実費限度)です。〈注意1参照〉
- ★2回接種が必要な方で、**【1枚の領収書】の方は必ず【2回接種分と記入して貰ってください】**
〈注意1参照〉

インフルエンザ予防接種

- ①インフルエンザ予防接種を受け【領収書】を貰ってください。
 - ☆[領収書]には下記項目が記載されているかご注意ください。
 - ・接種した方の氏名
 - ・診療内容(インフルエンザ予防接種)が分かるもの添付
 - ☆2回接種が必要な方は2回目終了するまで1回目の領収書は各自保管をお願いします。



「インフルエンザ予防接種
補助金申請書」健保へ提出

「領収書」健保へ提出

- ②「インフルエンザ補助金申請書」「領収書」を健康保険組合へ提出



- ③健康保険組合にて確認の上、事業所(会社)経由でお支払いいたします。

《補助金額(実費限度)》

| 1回のみ接種 | 2回接種が必要 |
|--------|---------|
| 2,000 | 4,000 |

〈注意1〉

- ※2回接種が必要な方は4,000円(実費限度)となります。(領収書は2枚一緒に申請してください)
(例:1回目2,500円・2回目1,500円の領収書の場合・・4,000円の補助金額になります)
- ※2回接種が必要な方で、別々の申請の場合1回分のみ受付となります。(2回目の申請は受付できません)
(例:1月に2,500円申請・2月に2回目2,000円申請・・1月2,000円補助金額のみ・2月の2回目分は補助対象外)
- ※季節型ワクチン・新型ワクチン等種類が違うワクチンの2回接種は受付出来ません。
- ※2回接種が必要な方で、2回分合算の領収書の場合、必ず領収書に【2回接種分】と記入して貰ってください
(例:合算領収書5,000円2回接種分と明記が無い場合、補助金額2,000円のみ)