

支給決定額	※	円
-------	---	---

健保組合決裁欄				
常務理事	事務長	部長	課長	係

※は記入しないでください。

健保組合記入欄

新型コロナウイルスワクチン接種補助金交付申請書

提出日 年 月 日

三重県農協健康保険組合 理事長 様

以下のとおり、新型コロナ予防接種補助金の交付申請をします。

事業所名		
記号	番号	被保険者氏名

(接種された被保険者(本人)及び被扶養者の氏名と続柄等を記入してください。)

氏名	続柄	接種日	接種に要した費用	申請金額(上限2,000円)
	本人	/	円	円
		/	円	円
		/	円	円
		/	円	円
		/	円	円
		/	円	円
合計(申請額)				円

委任状	<p>新型コロナワクチンを接種しましたので、領収書を添えて補助金の申請をいたします。 また、申請金額の受け取りを事業主に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 被保険者氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">事業所名</p> <p style="text-align: center;">事業主名</p>
-----	---

【注意事項】

1. 接種対象期間は当該年度内の10月～2月末です。
2. 補助の対象者は前述の接種対象期間中に資格を有し、任意接種を受けた方です。
3. 1人につき上限2,000円(2,000円未満は実費相当額)の補助をします。
4. 領収書には接種者氏名、接種年月日、医療機関名、金額、予防接種名、領収印の明示が必要です。
5. 領収書(写し不可)を裏面に貼付してください。
6. 法令等の補助対象者(市町から接種費用の助成を受けられる者等)は除きます。