

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

**【任継者用】**

## 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		
任意継続被保険者		
記号	番号	被保険者氏名
8900		

**(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

振込指定口座						
振込先					店	
	農協	信金				
	信連	信組				
銀行	労金					
貯金種目	○でお囲みください			口座番号	(右詰で正確にお書きください)	
	1.普通	2.当座	3.その他			
口座名義	フリガナ					

**【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。
7. 振込指定口座は被保険者のものを記入してください。