

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

インフルエンザ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、インフルエンザ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1,500円)
	本人	/	円	円
		/	円	円
		/	円	円
		/	円	円
		/	円	円
		/	円	円
合計(申請額)				円

委任状	インフルエンザ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。
	年 月 日 被保険者氏名 _____
	事業所名 _____
	事業主名 _____

【注意事項】

- 接種対象期間は当該年度の10月～12月末です。
- 補助の対象者は前述の接種対象期間中に資格を有する方です。
- 1人につき上限1,500円(1,500円未満は実費相当額)の補助をします。
- 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。
- 領収書(写し不可)を裏面に貼付してください。
- 法令等の補助対象者は除きます。
 - 65歳以上の方
 - 60歳以上65歳未満の方で心臓・腎臓・呼吸器の機能障害若しくはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害で障害者手帳1級の交付を受けている方
 - 市町から接種費用の助成を受けられる小児 など