

# 平成29年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書（集団接種用）

補助金申請期限 平成30年3月9日(金) 必着

住商連合健康保険組合 行  
下記のとおり請求いたします。

(別紙領収書貼付表を添付)

平成 年 月 日

事業所	記号		会社名		(印)		
	住所						
	〒						
予防接種を受けた方	接種者(代表者名)		人数	接種日		病院等	実際に支払った金額
	①	(S・H 年 月 日)	他名	平成 年 月 日		円	
	②	(S・H 年 月 日)	他名	平成 年 月 日		円	
	③	(S・H 年 月 日)	他名	平成 年 月 日		円	
	④	(S・H 年 月 日)	他名	平成 年 月 日		円	
	⑤	(S・H 年 月 日)	他名	平成 年 月 日		円	
振込先	銀行コード			銀行名	銀行 金庫 農協		
	支店コード			支店名	支店 出張所 支所		
	種別	当座・普通		口座番号 (右詰)			
	口座名義			カタカナで記入してください			
補助金請求合計				《組合記入欄》		本家	円

## ※補助金申請のご注意

### 《添付資料》

受付日付印

#### ◆ 下記の事項の記載がある領収書(原本)《領収書貼付表にのりづけして下さい》

- 接種を受けた人の個人名(フルネーム)(複数で接種の場合は、それぞれの個人名・金額の内訳も必要です)
- 接種年月日
- お支払い金額(他の項目と一緒に接種された場合は接種にかかる金額が分かること)
- 接種を受けた病院名
- “インフルエンザ予防接種”であることが記載
- ◆ 診療(医療)明細書を添付の際には必ず領収書(原本)の添付も必要です。
- ◆ 満12歳以下のお子様で2回接種された場合は、1回でまとめて2回分を請求したものに限りませう。
- ◆ 被保険者のみが会社の集団接種等で請求した場合を除き、家族分まとめて1回の申請でお願い致します。
- ◆ 接種された方のリスト(記号・番号・接種者名・生年月日・病院名・接種日・接種金額・請求金額)を必ず添付してください。
- ◆ 領収書(原本)が添付が出来ない場合は、請求書(写)・領収書(写)の添付でも可能です。  
(請求書添付の場合は必ず支払日または支払予定日を記載ください。)

# 領 収 書 貼 付 表

事業所名

・接種された方のリスト(記号・番号・接種者名・生年月日・病院名・接種日・接種金額・請求金額)を必ず添付してください

・領収書(原本)が添付が出来ない場合は、請求書(写)・領収書(写)の添付でも可能です

(請求書添付の場合は必ず支払日または支払予定日をご記載ください。)