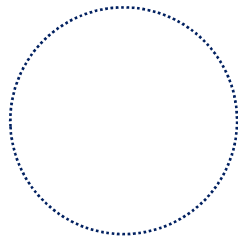


支部受付印



本部受付印

常務理事	事務局長	課長	係長	係員

支給決定日	令和 年 月 日	支給決定額	円
-------	----------	-------	---

〈 上は記入しないで下さい。〉

様式保第8号

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

被保険者証			記号	87-	番号		
	接種者氏名		医療機関名	接種年月日	支払額	申請額 (上限2,000円)	補助金額 (記入不要)
	生年月日	本・家					
1	S・H・R . .	本・家		R . .	円	円	円
2	S・H・R . .	家		R . .	円	円	円
3	S・H・R . .	家		R . .	円	円	円
4	S・H・R . .	家		R . .	円	円	円
5	S・H・R . .	家		R . .	円	円	円
				合計	円	円	円

○注意事項

- 自治体等から補助を受けられる場合は、予防接種費用から自治体の補助額を控除した額が申請額です。
- 対象期間は10月1日から翌年3月31日までの間で受けた予防接種です。
- 請求期限は実施年度末翌月4月末です。
- 医療機関が発行する領収書原本の提出が必要です。なお領収書には次の項目の記載が必要です。
 - 予防接種を受けた日
 - 予防接種を受けた者の氏名
 - 医療機関名
 - 医療機関の領収印
 - 予防接種に要した個人毎の費用
 - 「インフルエンザ予防接種」であることの明記（単なる予防接種代だけでは不可）
 ※事業所の代理払いではできません（領収書の宛名は個人名に限ります）。
- 申請は家族分を含めてとりまとめ、一度に行ってください。
- 国の無認可ワクチンは補助対象外です。（例）経鼻インフルエンザワクチン等

上記の通り申請いたします。	令和 年 月 日
組合員 住所	
氏名	印
全国左官タイル塗装業国民健康保険組合 理事長殿	