

事務長	資格確認

インフルエンザ予防接種補助金申請書

以下のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、事業主を通じ補助金申請いたします。
接種した方について記入してください。※任意継続被保険者は健康保険組合までご提出ください。

(R1.5)

氏名	区分	接種日	窓口負担金	*補助金
	本 家 人 族	令和 年 月 日	円	円
	本 家 人 族	令和 年 月 日	円	円
	本 家 人 族	令和 年 月 日	円	円
	本 家 人 族	令和 年 月 日	円	円
	本 家 人 族	令和 年 月 日	円	円
* 補助金合計額				円

(*欄は記入しないでください。)

京都新聞健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

健康保険記号番号 (—)

被保険者氏名 _____ (印)

京都新聞健康保険組合

(注)

1. 添付書類 : 接種医療機関が発行した領収書(原本)または証明書。 ※領収書の貼付は裏面へ
*領収書には以下の記載が必要です。
 - ・いつ年月日
 - ・どこで医療機関名
 - ・だれが接種を受けた方の氏名(フルネーム)
 - ・何をインフルエンザ予防接種(必須)
 - ・接種費用医療機関窓口での支払額
 - ・医療機関または、医療機関窓口担当者の印
2. 対象者 : 接種日における被保険者及びその被扶養者。
3. 補助回数 : 年間1人1回限り。
4. 補助金額 : 接種者1人あたり上限1,500円。
5. 申請期間 : 接種日より2ヵ月以内。

* 任意継続被保険者の補助金の支給につきましては、原則として任意継続申請時にご登録いただきました口座に振り込みいたします。