

支給回	支給決定年月日	支給決定額	常務理事	事務長	担当者
	令和 年 月 日				
	決 裁 年 月 日				
	令和 年 月 日	円			

インフルエンザ予防接種補助金交付請求書

記号・番号	○○○ - ○○○○	被保険者 氏名	健保 太郎	
接種者氏名		続柄	接種日	実費額(税込み)
健保 太郎	本人		令和〇年〇月〇日	〇, 〇〇〇円
健保 愛子	妻		令和〇年〇月〇日	〇, 〇〇〇円

(注意)

- ※ 補助金申請に際しては接種者ご本人のフルネームが記載されている領収書の原本
(コピー不可)を添付してください。
- ※ 補助対象者は油研健康保険組合の被保険者及び被扶養者です。
- ※ 補助金額は被保険者が上限3,000円(税込み)、被扶養者が上限1,500円(税込み)
になります。
- ※ 被扶養者への補助は1扶養世帯1名1回限りになります。
- ※ 接種期間は令和6年10月1日～令和6年12月31日までが対象です。
- ※ 請求期限は令和7年2月末日までの健保到着分とします。3月以降の請求につきましては
補助金の対象外となります。

上記のとおり、予防接種を受けましたので、補助金の交付を請求します。

令和〇年〇〇月〇〇日

油研健康保険組合理事長 殿

※領収書は貼らずに添付してください。

受付日付印