

| | | | | | |
|---------|-----------|-------|------|-----|-----|
| 支給 伺 | 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 | 〇〇〇 - 〇〇〇〇 | 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5年10月1日～令和5年12月31日までが対象です。
- ※ 請求期限は令和6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