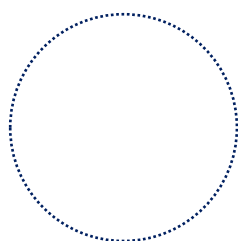


支部受付印



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

記 号		8 7 -		番 号				補助金額 (記入不要)
	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)		
	生年月日	続柄						
1				R . .	円	円	円	
	S・H・R . .	本・家						
2				R . .	円	円	円	
	S・H・R . .	家						
3				R . .	円	円	円	
	S・H・R . .	家						
4				R . .	円	円	円	
	S・H・R . .	家						
5				R . .	円	円	円	
	S・H・R . .	家						
				合 計	円	円	円	

○注意事項

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 請求期限は実施年度末翌月4月末です。
- (4) 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。
- ①予防接種を受けた日 ②予防接種を受けた者の氏名 ③医療機関名 ④予防接種に要した個人毎の費用 ⑤「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）。
- (5) 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。
- (6) 国の無認可ワクチンは補助対象外です。

上記の通り申請いたします。

令和 年 月 日

組合員 住 所

署 名 _____

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合 理事長殿