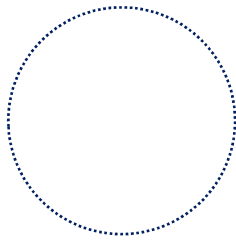


支部受付印



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	8 7 - 1324	番 号		5678
	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	国保 一郎		〇〇クリニック	R 5・10・20	3,000 円	2,000 円	円
	S・H・R 38・10・10	本・家					
2	国保 花子		〇〇医院	R 5・11・10	1,500 円	1,500 円	円
	S・H・R 37・10・10	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					4,500 円	3,500 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 5 年 11 月 20 日

組合員 住 所 東京都新宿区 ○-○-○

署 名 国保 一郎

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合 理事長殿