常務理事	事務長	係員	係員

インフルエンザ予防接種補助金申請書

提出日：令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者等の 記号	被保険者等の 番号	所属	被保険者氏名
			事業所　　職場	（フリガナ） 自署
	※記号・番号を記入の場合は記入不要⇒		個人番号	

注意）記号・番号の代わりに個人番号を記入の場合は、個人番号および本人確認書類の写しが必要です。

■ 補助金申請欄

接種者氏名	年齢	性別	接種日	窓口支払額	補助金額
□ 被保険者本人			令和　年　月　日	円	（実費の範囲内）　円
			令和　年　月　日	円	（実費の範囲内）　円
			令和　年　月　日	円	（実費の範囲内）　円
			令和　年　月　日	円	（実費の範囲内）　円
			令和　年　月　日	円	（実費の範囲内）　円
			令和　年　月　日	円	（実費の範囲内）　円
			令和　年　月　日	円	（実費の範囲内）　円
			令和　年　月　日	円	（実費の範囲内）　円
			令和　年　月　日	円	（実費の範囲内）　円
				合　計	円

※　補助金は、事業主（会社）を通じ給料と共に支給されます。任意継続者は、登録の口座に振り込みます。

領収書貼付

補助対象者	接種時点での中越パルプ工業健康保険組合の被保険者および被扶養者 **補助対象外の方の申請があった場合、対象外となった旨のご連絡等はいたしませんのでご了承ください。**
補助額	1人1回のみ　1,000円 接種費用（自己負担額）が1,000円未満の場合は実費を補助。 市区町村の助成がある場合は、助成を優先。
添付書類	**領収書（原本）**　原則、領収書は返却いたしません。（補助対象者以外の方についても同様） インフルエンザ予防接種は医療費控除の対象となりません。 【領収書に必要な記載事項】 ①　「インフルエンザ予防接種代」としての文言。予防接種だけでは不可。 ②　同予防接種を受けた方の氏名（フルネーム） ③　接種年月日 ④　支払金額（複数の場合は、合計でなく各々の金額を記載のこと。） ⑤　医療機関名および領収印 **必要事項の記入がない場合は、医療機関へ記入をお願いしてください。** **記載がない場合は、申請書を返却いたします。** **診療明細書のみでは受付できません。** **⑥個人番号記入の場合：個人番号および本人確認書類の写し。**

領収書は、左記貼付け欄又は裏面に添付（貼付）ください。
ご記入いただいた個人情報は、同補助金申請の審査及び健康情報調査・分析に利用いたします。

受付印

2024　12改