

本件決定してよろしいか伺います。		常務理事	部長	課長	主任	担当者
支給額						
決定日	年 月 日	支給日		年 月 日		
資格取得日	年 月 日	資格喪失日		年 月 日		
認定日	年 月 日	領収書は — に添付				
	一部負担金相当額 円－ 1,518 円＝					支給上限額 (2,000円)

インフルエンザ予防接種補助金請求書

本人・家族

被保険者等の 記号・番号	—	事業所名				
予防接種を 受けた方の氏名	〔続柄〕		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
予防接種を実施 した医療機関	(電話 — —)		接種 年月日	(1回目) (2回目)	令和	年 月 日 年 月 日
医療機関 の所在地	〒		接種 費用	円		

上記のとおり、予防接種を受けましたので補助金を請求します。
請求したこの補助金の領収方を私の勤務する事業所の事業主に委任します。

令和 年 月 日
(被保険者氏名)

(被保険者住所) 〒

(電話番号)

大阪ニット健康保険組合理事長

振込指定口座	銀行		支店
(フリガナ)			
口座名義人	普通 / 当座	口座番号 No.	

◎ 予防接種補助金は原則として被保険者が勤務されている事業所の事業主に振り込みますので、振込指定口座欄には事業主の指定口座をご記入ください。

※ 1. この請求書には、接種を受けた方の氏名及びインフルエンザ予防接種を受けたことがわかる領収書の写しを忘れずに添付してください。(レシート等氏名などの記載がないものは不可。)

2. 2回接種法も1回とみなしますので、2回分の合算した接種費用で申請してください。

3. 記載した内容を修正する際は、修正液・修正テープ等を使用せず、請求者の訂正印をお願いします。

お住まいの市区町村がインフルエンザ予防接種の助成制度を設けている場合がありますので、ご確認ください。
助成制度を利用して予防接種を受けられた場合、この補助金は受けられません。