

インフルエンザ予防接種補助申請書

記号	番号 (番号順に記載ください)	受診者氏名	続柄	家族は記入してください			接種日	
				性別	(和暦)生年月日	月	日	
1			本人・家族		昭和 平成 令和 年 月 日			
2			本人・家族		昭和 平成 令和 年 月 日			
3			本人・家族		昭和 平成 令和 年 月 日			
4			本人・家族		昭和 平成 令和 年 月 日			
5			本人・家族		昭和 平成 令和 年 月 日			
6			本人・家族		昭和 平成 令和 年 月 日			
7			本人・家族		昭和 平成 令和 年 月 日			
8			本人・家族		昭和 平成 令和 年 月 日			
9			本人・家族		昭和 平成 令和 年 月 日			
10			本人・家族		昭和 平成 令和 年 月 日			

*受診者を記入できない場合は、別途連名簿を作成し添付ください。

合計 名 領収書金額 ￥

(健保使用欄) 本人 名 家族 名 支給金額 ￥

(振込先) _____ 銀行 _____ 支店	{ 普通 } { 当座 }	預金 口座No. _____
フリガナ		
口座名義(事業所に限る) _____		

上記のとおり申請します。万一、被保険者又は被扶養者において貴組合への補助金の返還が必要となる場合には、被保険者又は被扶養者の債務につき連帯して保証いたします。

西日本プラスチック工業健康保険組合 殿

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所名 _____

事業主名 _____

【補助額】 受診者1人につき上限1,000円

【添付資料】 インフルエンザ予防接種の領収書 (コピー可: A4用紙サイズ)

領収書必須記載事項

①受診者氏名②接種日③接種機関名④接種費用⑤インフルエンザ予防接種代と明記

※集団接種によりまとめて支払った場合は、領収書のほかに医療機関等が発行した明細(各受診者氏名の記載があるもので、発行元の名称が記載されているもの)を必ず添付してください。(「受診者氏名」と「領収書」は同じ順番になるようにしてください。)

【注意事項】 被保険者(被扶養者含む)は事業主に受領委任し事業主が一括して申請してください。

予防接種法等により公費で補助が受けられる場合は公費が優先されます。

補助は、年度内に1回です。

受診期間は当年10月1日から翌年1月31日までとなります。

申請期日は2月末日(必着)までとなります。期日を過ぎてのご提出は受付できません。

不正受給が判明した場合は、直ちに補助額を返還いただき、以後当該被保険者又は被扶養者に対する支給を停止する場合があります。