

インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

【※太枠内を記入して下さい】

提出日	令和 年 月 日															
被保険者証 記号・番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 10px;">-</td> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>							-					被保険者氏名	(印)		
				-												
接種された方の氏名	性別	生年月日		続柄	接種日	接種費用	補助金額									
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		令和 年 月 日	円	円									
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		令和 年 月 日	円	円									
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		令和 年 月 日	円	円									
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		令和 年 月 日	円	円									
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		令和 年 月 日	円	円									
備考欄							合計									
							円									

●領収書についての注意事項

- ・領収書は必ず**原本**を添付してください。コピーでは取扱できません。
- ・領収書は左欄に貼付してください。貼りきれない場合は同封して提出してください。
- ・領収書に次の内容が明記されているかご確認ください。不備があれば支給できません。



- ①接種対象者氏名、②接種日、③医療機関名(印のあるもの)、④接種に要した費用
⑤インフルエンザ予防接種の代金であることがわかる文言

もし、領収書に⑤インフルエンザ予防接種代金と記載がない場合は、



別途⑥インフルエンザ予防接種代金であることが記載されている診療報酬明細書も必ず添付して下さい。

●補助金額について

- ・補助金の支給は、1つの期間内での接種回数に関わらず1人1回です。
- ・自己負担額が2,000円以上の場合、2,000円を支給します。2,000円以下の場合、その自己負担額分を支給します。
- ・他制度から補助を受けることができる場合は、その制度が優先となります。

※接種されたご家族分まとめて申請して下さるようお願いいたします。

領収書貼付欄

常務理事	事務長	担当	担当