

# インフルエンザ・ワクチン予防接種補助金申請書(一般用)

今般、新型・季節性インフルエンザワクチン(混合ワクチン含む)接種を致しましたので、接種費用の補助金を申請致します。  
 なお、補助金支給業務に従事する関連部署担当者に当該申請に係る個人情報が提供されることに同意いたします。

申請日 年 月 日

1. 申請者

被保険者	記号			番号				氏名(本籍姓名記入)		
								(フリガナ)		
	事業所名				所属					
					従業員 No					
連絡先		内線と外線								
		e-mail								

2. 予防接種実施者(被保険者ご本人が接種された時は、本人分もご記入ください)

続柄	氏名	生年月日	接種日			受診医療機関名
			新/季/混	回数	平成 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	新/季/混	1回目	平成 年 月 日	
			新/季/混	2回目	平成 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	新/季/混	1回目	平成 年 月 日	
			新/季/混	2回目	平成 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	新/季/混	1回目	平成 年 月 日	
			新/季/混	2回目	平成 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	新/季/混	1回目	平成 年 月 日	
			新/季/混	2回目	平成 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	新/季/混	1回目	平成 年 月 日	
			新/季/混	2回目	平成 年 月 日	

新：新型、季：季節性、混：混合型、インフルエンザの種類に をつけてください。

3. 提出書類 (当申請書に下記書類を添付願います)

領収証の原本

(但し書きに『新型インフルエンザワクチン接種代金として』等、インフルエンザの種類が明記されていること)

\* 領収書に上記明記が無い場合は、接種したことが証明できるものも一緒に添付ください。

\* 当補助金申請書の裏面に、貼り付けてください。

4. 手続き

申請先 沖電気工業健康保険組合 事業推進課 (奥谷)

〒108-8551 東京都港区芝浦4-11-15 OKIビジネスセンター4号館

TEL: 03-5443-5437(外線) 8-321-50060(内線)

支払日については、毎月末日を補助金申請の締切日として、翌月給与払いとします。

市区町村や学校からインフルエンザ予防接種に対し、全額補助を受けた時は申請できません。

< 健保使用欄 >

支給決定伺

補助金決定額 1,000 円 x 回分 =                      円
-------------------------------------------------

常務理事	事務長	課長	担当