

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、インフルエンザワクチン予防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。
 今回の接種分の申請は、WEB利用券方式（東振協）での利用はしておりません。
 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
 令和
 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							
	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	接種日 1	接種費用 1	接種日 2	接種費用 2
		令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円

3. 提出書類

領収証の原本（コピー不可）を当申請書裏面に貼付

【領収書に必要な記載事項】

- ・対象者名 ・接種年月日 ・医療機関名 ・接種料金 ・領収書印または担当者印（朱印）
- ・「インフルエンザ予防接種」であることの明記

但し書きがない場合は、インフルエンザを接種したことが証明できる書類を一緒に添付

【お願い】 領収書は、1人1枚発行してもらってください。

4. 手続き

- ①申請先 沖電気工業健康保険組合 インフルエンザ担当
〒108-8551 東京都港区芝浦 4-10-16 OKI 芝浦オフィス
TEL：03-5443-5437（外線）
- ②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々月末に払いとします。年度最終月の締切日は、4月5日（健保必着分：休日の場合は前営業日）までといたします。
- ③市区町村や学校からインフルエンザ予防接種に対し一部補助を受け、自己負担費用が千円未満の場合は、実費を補助いたします。

<健保使用欄>支給決定伺

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

受付印	担当印