

- ※ 提出前、1分間チェック 不備があると、補助できない場合があります。
- ☐ 市区町村等の助成はありませんか。 → ある場合は、補助対象外です。

☐ 領収書は、接種者名義のものですか。 → やむを得ず複数分の場合、全員の氏名が必要です。

☐ 領収書に「インフルエンザ」と但書きがありますか。 → ない場合は接種証明等の添付が必要です。

☐ 被保険者確認印は、ありますか。 → ない場合は、返却させていただきます。
- ※欄は、健保記入
- | | | | | | | | |
|-----------|--|--|---|---|---|---|---|
| ※
補助金計 | | | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|-----------|--|--|---|---|---|---|---|

インフルエンザ予防接種 費用補助金請求書

※ 請求には、①接種者名 ②接種日 ③インフルエンザ接種と但書きのある「領収書」の添付が必須です。
接種された医療機関にて、必ずお受け取りください。

※ 保険証の番号は最大7桁です。枝番(数字2桁)の記入は不要です。

健康保険 被保険者証	記号	番号(右詰め・枝番不要)					下記接種者は、市区町村等の助成は受けていません。				助成の有無確認後押印				
							フリガナ				㊟ 被保険者印				
							被保険者 (請求者)								
接種者氏名		続柄	年齢	接種日		接種料		※健保記入欄 (補助金)							
※当健保の保険証を、発行している方が対象です。 被保険者の申請はこちらへ記入してください。		(例)長男、二女		※該当年に〇してください。 生年月日ではなく、 接種日 です。		千 百 十 円		記入しないでください↓							
		本人		R 7・8 年 月 日											
↓被保険者以外の申請は、こちらから記入してください。				R 7・8 年 月 日											
				R 7・8 年 月 日											
				R 7・8 年 月 日											
				R 7・8 年 月 日											
※事業所記入欄												上記のとおり補助金の請求がありましたので給付願います。			
R 年 月 日															
所 属 事 業 所												住 所			
												事業所名			
												㊟			
◎任意継続加入者は、所属事業所名の記載と㊟は必要はありません。															

(注意事項) ※ 必ずお読みください。

1	接種対象期間	10月から翌年1月とする。1人年に1回の接種とし、1年に1回補助する。
2	最終締切り	翌年の2月末、所属事業所を通じ健保必着とする。3月以降は、受付できません。
3	補助上限額	補助金は1人当り・3,000円を上限とし、10円未満は切り捨てる。
4	請求方法	請求者が、 <u>接種者は市区町村等の補助を受けていない</u> ことを確認して、 「被保険者確認㊟」に押印のうえ「費用補助金請求書」と添付書類を提出すること。 なお、補助金支給後、補助対象外であることが判明した場合、返還請求することがある。 ※押印がない、記入もれがある場合等は、請求書類一式を返却する。
5	添付書類	①接種者名 ②接種日 ③インフルエンザ予防接種とわかる但書きのある「領収書(原本)」 を添付すること。 ③の但書きがない場合は、接種証明書等を添付すること。
6	提出先	事業所での集団接種を除き、一世帯毎で1枚の申請とし、 <u>所属事業所(本所または本社の 管理部署・出向者は出向元)</u> を経由して、健保へ提出。 任意継続加入者は、健保へ直接提出。
7	補助金 支給方法	毎月15日までに健保へ提出された請求を、翌月15日に所属事業所へ支給する。 任意継続加入者へは、健保より直接支給する。
8	注意事項	厚生労働省の認可を受けていないワクチンは、 <u>補助対象外</u> とする。

健保受付印