

※ 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

被保険者
印確認

※ 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	
	〇 〇	× × × × × ×	フリガナ 被保険者 (請求者)	ケンホ タロウ 健保 太郎			被保険者印	
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↓	
健保 太郎	本人	48	R6・7 年 10 月 10 日	3	5	0	0	
↓ 被保険者以外の申請は、こちらから記入してください。								
健保 花子	妻	42	R6・7 年 1 月 12 日	3	5	0	0	
健保 咲子	長女	4	R6・7 年 10 月 2 日	2	5	0	0	
健保 咲子	長女	4	R6・7 年 12 月 10 日	2	5	0	0	
請求書を修正した場合、 訂正印 を押印してください。	印		年 月 日	2回目の接種は 不支給				
上記のとおり補助金の請求が有効な期間は、 補助金請求書の締め切りは、翌年の2月末までに健保必着								
R7 年 1 月 30 日	住所 所属事業所		事業所名		事業所記入欄		公印	
◎任意継続加入者は、所属事業所名の記載と印は必要はありません。								

公印必ず
確認

(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、接種者は市区町村等の補助を受けていないことを確認して、「被保険者確認印」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、所属事業所(本所または本社の 管理部署・出向者は出向元)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、 補助対象外 とする。

領収書の内容を、必ず確認してください。

健保受付印
出向者の提出先は、健保ではなく、「出向元」です。
全農職員の方は、本所 総務人事部 給与厚生課になります。