（様式1号）

**任意継続者等用**

**インフルエンザ予防接種補助金申請書（被保険者⇒健保事務局）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種を受けた方の氏名 | 続柄 | 接種年月日 | 窓口負担額 | 健保補助額（記入不要） |
|  |  | 令和 6 年　　 月　　 日 | 円 | 円 |
|  |  | 令和 6 年　　 月　　 日 | 円 | 円 |
|  |  | 令和 6 年　　 月　　 日 | 円 | 円 |
| **※１人 4,000円までの実費補助** | 窓口負担合計金額 | 円 |
| 円 |

|  |
| --- |
| 上記のとおりインフルエンザ予防接種を行いましたので、補助金の支給を申請いたします。　　　令和　　 年　　 月　　 日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者証　　記号　　　　　番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

振込指定金融機関

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行 | 金融機関コード |  |  |  |  |
| 支　　店 | 支店 | 支店コード |  |  |  |
| 口座種別 | 普通  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |

※口座名義は、被保険者本人に限ります。

|  |
| --- |
| 領　収　書　貼　付　欄　（貼れない場合は裏面に貼ってください） |
| 1）接種医療機関が発行した**「領収書（原本）」**を貼り付けてください。（必須）※領収書には下記の記載が必要です。 **①接種を受けた方の氏名（フルネーム）　 　　②接種日　 　　③接種を受けた医療機関等の名称　 　　④接種にかかった費用　 　　⑤インフルエンザ予防接種代である旨、明記されていること**（経鼻インフルエンザ生ワクチンは補助対象外です）　**→記載がない場合は、病院で記入してもらってください。**※複数回の接種を設定されている医療機関で1回目が4,000円未満の場合は、全ての接種が終了した後、まとめて申請してください。2）接種期間：令和6年10月1日～令和6年12月31日までに接種。3）申請期限：令和7年1月20日までに当健保組合必着。 |

エイチ・アイ・エス健康保険組合