

支給決定 伺	決 議	令和 年 月 日				予防接種料金	円	受付年月日
	資 格 得	年 月 日		喪	年 月 日			
	常務理事	事務長	担 当 者			自己負担金	円	
						支 給 額	円	

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

提 出 日 令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種を受けましたので、下記のとおり請求します。

被保険者証の	記号	番号	事業所の名称	
被接種者氏名				
続 柄				
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	
接 種 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
予防接種料金	円		円	円
接種医療 機 関 名				

住 所 〒
被保険者の
氏 名 _____
近畿しんさん健康保険組合 理事長 殿

受 領 委 任 欄	上記の支給金の受領を { 住 所 事業所名称 氏 名 } に委任します。 令和 年 月 日 委任者（被保険者）の氏名 _____					
	振込先	信用金庫 本店 銀行 支店	普通預金 番 号		名義人 氏 名	

添付書類 ①領収証（コピー可、「被接種者の氏名」及び「予防接種名」が確認できるもの。
なお、この用紙の裏面に証明を受けた場合、添付書類は必要ありません。）

[注] 補助金交付申請できるのは次の方々です。

区 分	補 助 金 交 付 申 請 資 格 者	健康保険組合補助金限度額
インフルエンザ予防接種	予防接種を受けた被保険者。 予防接種を受けた満15歳以上の被扶養者。	予防接種料金から自己負担金 （千円）を差し引いた金額。

金庫使用欄 代理受領後 振込先個人口座の管理としてお使い下さい

振 込 先	信用金庫 本店 銀行 支店	普通預金 番 号		名義人 氏 名	
-------	--	------------------------	--	-----------------------	--

領収書添付欄

領 収 書(インフルエンザ予防接種料)

金 円也

但し、インフルエンザ接種料金として

被接種者の氏名	金 額

上記、金額正に領収いたしました。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

医 師 名



※ 領収書(コピー可、被接種者の氏名および予防接種名が確認できること)を添付した場合は、上記の領収書への証明は必要ありません。