

※支給決定欄	同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	係長	係員	係員	
	支給決定額				円						
	助成金申請資格 確認年月日	令和				年	月	日	内訳	被保険者 名	被扶養者 名

※この欄は健康保険組合記入欄につき記入しないでください。

## インフルエンザ予防接種助成金申請書

被保険者記号番号	—	被保険者氏名	
事業所名			
自宅の住所 及び連絡先	〒		
	住所		
		電話番号	— —
予防接種を受けた方の氏名		続柄	
		続柄	
		続柄	
		続柄	
		続柄	

### 【注意事項】

- 対象期間 令和4年10月1日から令和5年1月31日までに接種されたもの
- 申請期限 令和5年2月28日(火)まで
- 助成金額 対象期間中に一人1回、1,000円を限度として助成します。  
(2回接種による方法の場合は2回で1回とみなします)

### 【添付書類】

医療機関等で予防接種を受けた人の氏名、接種年月日、インフルエンザ予防接種であることが、記載された領収書を添付してください。

令和 年 月 日

受付日付印

上記のとおり申請します。

広島県自動車販売健康保険組合 殿