

※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	被扶養者	合計	
				名	名	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(事業所用)

事業所記号							
事業所所在地 事業所名称 代表者氏名	〒						
	電話番号 — —						
	別添「申請書」のとおり 名分						
助成金振込先	金融機関名			種別	口座番号		
	銀行		本店 支店	普通 当座			
振込み口座名義							

【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】

被保険者からのインフルエンザ予防接種助成金申請書に、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。
なお、同一の医療機関等で予防接種を受けた場合等であって事業所が費用を立替払いしている場合は、「対象者リスト」を作成して、予防接種を受けたことの医療機関等の証明の記載と、事業所宛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