※支給決定欄	伺年月日	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

被保険者記号番号	―	被保険者氏名	
事業所名	広島県自動車販売健康保険組合		
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】

1. 対象期間　　令和5年10月1日から令和6年1月31日までに接種されたもの
2. **申請期限　　令和6年2月29日（木）まで**
3. 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