インフルエンザ予防接種補助金申請書（令和６年度版）

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を申請いたします。

補助金の受け取りは事業主に委任します（任意継続は除く）。

※太枠内をご記入ください。

被保険者証等			
記号		被保険者氏名	
番号（右詰め）			
勤務先名称			

続柄コード表							
被保険者本人		00		妻	22	夫	21
長男	31	長女	41	父	11	祖父	13
二男	32	二女	42	母	12	祖母	14
三男	33	三女	43	兄	51	弟	53
養子	38	養女	48	姉	52	妹	54
※続柄コード表に記載されていない対象者は「99」を記入							

接種を受けた者の氏名	生年月日（西暦）			続柄コード（右上の表参照）	接種日（西暦）			①接種費用				②市町村等からの助成金額				①－②実負担額				支給決定金額（健保記入欄）
	西暦年	月	日		西暦年	月	日	千	百	拾	壱	千	百	拾	壱	千	百	拾	壱	

１．補助の対象者
接種日現在で近畿日本鉄道健康保険組合の**保険資格を有しており、補助金対象期間内**（本年１０月１日から翌年２月末日まで）に**接種した者。**

２．領収書の原本またはコピーを添付してください。（レシートでの申請は不可）
領収書の原本またはコピーは、申請書の裏面に**ホッチキスまたはスタンプのり等で貼付**して提出してください。（途中で外れないように注意してください）

３．領収書には以下の項目の明記が必要です。
①接種を受けた者の氏名（フルネーム、複数人で１枚の領収書の場合は、接種者全員の氏名が明記されていること）
②接種年月日
③インフルエンザ予防接種である旨が確認できる記載であること（**予防接種のみの記載は不可**）
④医療機関名と領収金額

４．補助金の支給は、１人につき上記補助金対象期間内に１回限り、１，０００円を上限として支給します。
（事業所・市町村等から助成を受け、実負担額が１，０００円未満の場合はその金額を支給します）

５．**申請期限は接種を受けた年度の３月１４日（金）まで（健康保険組合必着）です。**