

インフルエンザ予防接種補助金申請書（令和3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。

健康保険者証				被保険者氏名
記号	/			
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	

- 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。
- 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）
- 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予防接種の内容（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）
 - ④医療機関名と領収金額
- 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）
- 申請期限は接種を受けた年度の3月17日（木）まで（健康保険組合必着）です。