支給決定年月日	年　　月　　日
支給決定額	円

常務理事	事務長	次長	担当

インフルエンザ予防接種補助金申請（請求）書

裏面の注意事項を必ずお読みになり、領収書を添付の上、ご申請ください。

①【申請者の資格欄 】※必ずご記入ください。

記号・番号	－	被保険者氏名			
被保険者の生年月日	年　　月　　日	年齢	歳	性別	□ 男性 ・□ 女性
会社／所属					
連絡先電話番号・ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		@			

②【接種者・費用等記入欄 】(※欄を除く)

接種者氏名		医療機関名	接種費用	補助金額※
本人			円	円
被扶養者			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
※申請は年度内1回のみです。年度内に予防接種を受けた者をすべて記入してください。				合計　円

③【補助金振込先記入欄】※被保険者本人の口座情報をご記入ください。

補助金振込先	銀行名		銀行コード	
	支店名		支店コード	
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

④【申請者証明欄】

松竹健康保険組合　理事長　殿

上記のとお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。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名

【注意事項等】

1. 「領収書（原本）」を添付してください。
   ※領収書の宛名は接種された方の『個人名』が記載され、『インフルエンザ予防接種』の記載があるものを有効とします。
2. 被扶養者（家族）分もまとめて、年1回のみご申請ください。
3. 『接種費用』欄は、領収書に記載された支払金額を記入してください。
   ※『補助金額』欄は記入しないでください。
4. 申請内容に不備がありますと、支給できない場合がありますのでご注意ください。

受付日付印

＜裏面＞

◆インフルエンザ予防接種補助金申請にあたっての注意事項◆

【補助基準／額等】

〇補助額については被保険者（本人）に対しては接種費用の全額を補助、被扶養者（家族）に対しては、
　2，000円（上限）を補助します（ただし、接種費用が補助額を下回る場合は、その額までの補助となります）

〇2回法による接種の場合は、1回分のみ補助します。

〇各自治体などが補助した額については、対象となりません。

【補助金申請関係】

〇補助金の申請は、被保険者本人、ご家族（被扶養者）分もあわせ、年度内申請期間中1回のみとなりますので
　ご注意ください。また、家族分のみの申請であっても申請は被保険者（本人）が行ってください。

〇補助金の申請期間は、10月1日～2月末日までとなります。

〇補助金の申請は、表面「インフルエンザ予防接種補助金申請（請求）書」の①～④すべての欄にご記入の上
（②※欄を除く） 松竹健康保険組合宛にご提出ください。また、申請には予防接種を受けた医療機関が
発行した 受診者すべての氏名が記載された「領収書」が必要となります。申請書と併せてご提出ください。
　ご提出いただいた「領収書」の返却はできませんので、「写」が必要な方は申請前に各自でご対応ください。

【補助金の振込先／振込日】

〇補助金の振込口座は被保険者（本人）名義の口座のみとします。また、みずほ銀行口座をお持ちの方は
　同口座への振込にご協力願います（表面申請書の③欄に記入）。

〇補助金の支払（振込）日は同申請書のご提出後、健保組合で審査、支払決定を行った日が属する月の
　翌月末までの支払いとなります。

◆書類内の記入にあたっての注意事項◆

〇書類内の必要事項欄内に全て記入（セルに入力）してください。
　※記入見本内に青字で書かれている箇所

以上