

インフルエンザワクチン接種補助事業について

毎年、保健事業の一環として実施しておりますインフルエンザワクチン接種補助事業は、被保険者及び被扶養者の皆様を対象に予防を図る目的で下記のとおり実施いたします。

この機会に積極的にインフルエンザワクチン接種をお受けください。

記

- 1 対象者
被保険者及び被扶養者
- 2 実施期間
令和4年10月～令和5年2月末まで
- 3 受診方法
上記期間内に最寄りの医療機関でワクチン接種をお受けください。
- 4 補助金額
被保険者・被扶養者を問わず期間中 1人1回限り 1,500円を補助いたします。
但し、ワクチン接種費用が補助金額を下回る場合は実費のみの補助となります。
- 5 補助金請求方法
(1) 「インフルエンザワクチン接種補助金請求書」に、ワクチン接種費用の領収書
(コピー可・レシートや明細書は不可)を添付のうえ、健保組合までご請求下さい。

※ 領収書には次の記載事項が必須となっていますので、領収書の受領時にご確認ください。

- ①接種(受診)者氏名 ②接種日 ③接種機関名
④接種費用 ⑤インフルエンザ予防接種代と明記

- (2) 補助金の請求は、できる限り事業所ごとに取りまとめでいただき、1ヶ月単位でご請求下さい。
- (3) 請求は令和5年3月10日(金)までにお願いいたします。

領 収 書	
① 健保 太郎 様	② 令和〇年〇月〇日
④ ¥3,500 (税込)	
⑤ 但 インフルエンザ予防接種代	
上記正に領収いたしました。	
見 本	大阪市〇〇区〇〇町1-2-3 TEL: 06-1234-5678 王子クリニック 院長 王子 一郎
	領収済 00/00/00 王子医院

わからない点がありましたら、当組合までご連絡下さい。

T e l 0 6 - 6 7 7 7 - 9 8 7 2

常務理事	事務長	課長	担当者

令和 年 月 日

インフルエンザワクチン補助金請求書（事業所取りまとめ用）

※ 本請求書には必ず補助金請求書（個人用）を添付してください。

事業所名						
インフルエンザワクチン補助金を請求します。						
健康保険証		被保険者名	接種者数		ワクチン 接種費用	健保組合使用欄 ※ 記入しないで下さい
記号	番号		本人	家族		
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
					支給額合計	円

振 込 先	金融機関名		支店名	口座名義・氏名	
			支店	フリガナ	
	普・当	口座番号	No.	名義	

令和 年 月 日

インフルエンザワクチン補助金請求書（個人用）

被保険者氏名 _____

インフルエンザワクチン補助金を請求し、会社に受領を委任します。

健康保険証		ワクチン 接種者氏名	生年月日	本人・家族 【区分】	ワクチン 接種費用
記号	番号				
			S・H・R . . .	本人・家族	円
			S・H・R . . .	本人・家族	円
			S・H・R . . .	本人・家族	円
			S・H・R . . .	本人・家族	円
			S・H・R . . .	本人・家族	円
			S・H・R . . .	本人・家族	円

《領収書貼り付け場所》

※ 本請求書には必ず領収書（コピーでも可）を添付してください。