

補助金額 決定額	¥	補助決定並びに補助金決定通知書送付伺			
		常務理事			担当者
補助金の算出基礎	(予防接種実施者数 × 金額)				
	人 × 1,000 円				
	人 × 円				

インフルエンザ予防接種補助金申請書

令和 年 月 日

福井県自動車販売整備健康保険組合 理事長 殿

住 所

事業所名

事業主名

印

下記の被保険者(被扶養者)が、インフルエンザの予防接種を受けたので補助金を申請いたします。

接種した人(代表1名)	被保険者等 記号番号	-	事業所の名称	
	接種者 氏名		接種者 合計 名	別紙、インフルエンザ予防接種 補助金請求者名簿のとおり
	接種日	. .		
	接種医療機関			
払込希望の 銀行名	銀行 支店		預金の種類	普通・当座
	預金の名義人 (事業主名)		通帳の番号	

◎申請者と預金名義人が異なる場合は委任欄を利用してください。

委任欄は補助金を事業主以外の方(事務担当者名義等)が受領する場合のみ記入してください。

委任欄	この補助金の受け取り方を _____ に委任します。
	令和 年 月 日 事業所名 事業主名

印

- (注) 1 インフルエンザ予防接種代と明記されている「領収書(写でも可)」を必ず添付してください。
「領収書」には予防接種を受けた者の名前と領収年月日が判明するものを添付してください。
- 2 この補助金の支払は事業主に一括払いをしていますので、この申請書は事業主がとりまとめて提出してください。
申請者が1名の場合も、別紙「予防接種補助金請求者名簿」に記入してください。 (R6.12)
- 3 補助対象者は被保険者及び被扶養者とします。 受付印
- 4 この申請書は 月 日(期日厳守)までに提出してください。

インフルエンザ予防接種補助金請求者名簿

事業所整理記号		事業所名	
		事業主名	

※ この名簿用紙は、事業所でまとめて作成し、申請書に添付してください。

健康保険 番号	受任者 (被保険者氏名)	接種した方の氏名をご記入ください(被保険者・被扶養者含む)					
		接種者	続柄	接種 日	接種者	続柄	接種 日
1			本人 家族			本人 家族	
2			本人 家族			本人 家族	
3			本人 家族			本人 家族	
4			本人 家族			本人 家族	
5			本人 家族			本人 家族	
6			本人 家族			本人 家族	
7			本人 家族			本人 家族	
8			本人 家族			本人 家族	
9			本人 家族			本人 家族	
#			本人 家族			本人 家族	
#			本人 家族			本人 家族	
#			本人 家族			本人 家族	
#			本人 家族			本人 家族	
#			本人 家族			本人 家族	
#			本人 家族			本人 家族	
計							

*は記入しないで下さい。

(*受任者 件) *被保険者 人 *被扶養者 人 *合計 人

- ◎補助金の交付申請及び手続き等は事業主経由にて行うことに同意します。
- ◎補助金の受領は上記事業主に委任します。
- ◎補助金の申請は「領収書」を添えて申請します。(必ずインフルエンザ予防接種と明記されたものに限ります)