日油健康保険組合　検印欄

健保組合記載欄

補助金 支給決定額	円

インフルエンザ予防接種補助金請求書

【令和4年度】

予防接種期間　：　令和4年4月1日　～　令和5年2月28日
補助金請求期限　：　令和5年3月10日（金）日油健康保険組合必着

対　象　者　：　接種日に当健保組合の被保険者および被扶養者の資格のある方。
（注）他の制度からの助成や割引（自治体の補助・関係者割引等）を受けた方は対象外です。
（注）自治体などの公的補助を受けることができる方は公的補助を優先してください。
多くの自治体が60歳以上の方や60～64歳の条件にあてはまる方等を対象に補助制度を設けています。費用や条件は自治体により異なりますので、お住まいの自治体にご確認ください。
（注）接種期間外の接種は補助対象外です。

補助金額　：　1人あたり 1,000円までの実費支給　（年度内1人1回限り、分割接種は1接種とみなします）

請求方法　：　本紙（補助金請求書）に領収書の原本を添付し、事業所経由でご請求ください。
（注）領収書は以下①～③の記載が必要です。記載のない場合は医療機関にご依頼ください。
①インフルエンザの予防接種であること
②接種者氏名（フルネーム）
③1人分の接種料金
（注）海外で接種した場合、領収書に記載されている文書の和訳を空白部分に記入してください。
（注）ご提出の領収書は返却できません。
（注）ご家族分はまとめてご請求ください。

********** 以下空欄を記入してください **********

記入日：　令和　4 年　11 月　15 日

◆被保険者情報

事業所名	日油（株）本社			
被保険者証	記号	101	番号	9999
被保険者氏名	日油　太郎			

◆接種者情報（接種した日に当組合の被保険者・被扶養者の資格がある方に限ります）

	接種者名	続柄	支払った金額
①	日油　太郎	本人・家族	3,000　円
②	日油　花子	家族	3,000　円
③	日油　一郎	家族	3,000　円
④	日油　一子	家族	3,000　円
⑤	日油　二子	家族	3,000　円
⑥	日油　三子	家族	3,000　円