

インフルエンザ予防接種助成金支給申請書

被保険者整理 記号・番号	事業所の 名 称					
助 成 対 象 者	接種者 氏名	続柄	接種年月日			
			令和	年	月	日
			令和	年	月	日
			令和	年	月	日
			令和	年	月	日
			令和	年	月	日
			令和	年	月	日
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、助成金の支給申請をします。						
令和 年 月 日						
郵便番号 〒						
被保険者 住 所						
氏 名						
宮城県自動車販売健康保険組合 殿						

【注意事項】

- ※1 領収書原本を裏面に貼付のうえ、事業所担当者様へご提出ください。
- ※2 領収書の「接種者氏名」「医療機関名」「接種年月日」「金額」記載を確認してください。
- ※3 領収書に「インフルエンザ予防接種代」記載無い場合は、内容のわかる明細書を貼付してください。
- ※4 「続柄」欄は、「長男、長女等」と記載してください（Excel様式をダウンロードしてご使用の場合は、右下の▼から選択してください。）
- ※5 助成対象はお一人1回分、2千円を限度とします。（2千円を下回った場合は全額助成します。）
- ※6 申請は一世帯1回のみとなりますので、全員が接種終了後にご請求ください。
- ※7 領収書内容で不明な点があった場合、お問い合わせをすることがございますのでご了承ください。