

| | | | | | |
|------|---|------|-----|-----|-----|
| 健保負担 | 円 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
| | | | | | |

健康保険 インフルエンザ予防接種補助金申請書

日本製紙健康保険組合 御中 提出年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|-----|-------------|-------|-----|--|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者証 の記号・番号 | — | 被保険者の氏 名 | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | |
| | 被保険者の 勤務する 事業所 | 名 称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| | 予 防 接 種 を 受 け た 方 の (被保険者含む) | 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 | |

| | | |
|---------------------------------|---|-------------|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 被保険者(申請者) 氏名 | 受 付 印 |
| | 代理人(事業主) 名称 | |

※ 領収証(原本)を貼り付けてください。レシートは不可。

- 領収証は、予防接種を受けた方の氏名が記されたもの。(医療機関にて記載)
- 複数名の場合は予防接種を受けた方全員の氏名と各自の代金が記されたもの。(被保険者記入可)
- 「インフルエンザ予防接種代として」の文言が記されたもの。(医療機関にて記載)
- 経鼻生ワクチンは健保補助対象外となります。
- 令和6年9月1日～令和7年1月31日の間に接種したインフルエンザワクチンが補助の対象となります。
- 申請書は令和6年9月1日～令和7年2月28日までにご提出ください。
- 健保補助額の上限は、2,000円/1人当たり。
- 補助金申請の対象者は、日本製紙健保組合の加入者のみです。(他健保は不可)