

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 4 年 11 月 22 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 の記号・番号	101 — 9999999		被保険者の氏 名	神田 太郎	
	住 所	(住所は任意継続被保険者の方のみご記入ください)				
	被保険者の 勤務する 事業所	名 称	日本製紙(株)			
		所在地	東京都千代田区神田駿河台4-6			
	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	
神田 太郎		本人	令和 4 年 10 月 18 日			
神田 花子		妻	令和 4 年 11 月 5 日			
神田 二郎		長男	令和 4 年 11 月 5 日			

ご本人が接種した場合は、こちらにも忘れず、ご記載ください。

『接種日』をご記入ください。

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。		受 付 印
	被保険者(申請者) 氏名 神田 太郎		
	代理人(事業主) 名称 必ずご記入ください。		

※ 領収証(原本)を貼り付けてください。レシートは不可。

- ☐ 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4年10月1日～令和5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4年10月1日～令和5年2月28日までにご提出ください。
- ☐ 今年度は、接種期間・申請期限を1か月延長しています。(上記の通り)
- ☐ 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)