

## インフルエンザ予防接種補助金申請書兼委任状（個人実施方式）

被保険者	被保険者証の記号・番号		事業所名称		職員番号		
	—						
	氏名		住所・電話番号（日中の連絡先）				
			〒 —		Tel ( )		
被保険者記入欄	カナ氏名		資格	性別	接種日（西暦）	支払額	
	生年月日（西暦）・年齢						
	/ / ・ 才		1 被保険者(本人)	1 男	/ /	円	
	/ / ・ 才		2 被扶養者(家族)	2 女	/ /		
	/ / ・ 才		1 被保険者(本人)	1 男	/ /	円	
	/ / ・ 才		2 被扶養者(家族)	2 女	/ /		
	/ / ・ 才		1 被保険者(本人)	1 男	/ /	円	
	/ / ・ 才		2 被扶養者(家族)	2 女	/ /		
	/ / ・ 才		1 被保険者(本人)	1 男	/ /	円	
	/ / ・ 才		2 被扶養者(家族)	2 女	/ /		
	/ / ・ 才		1 被保険者(本人)	1 男	/ /	円	
/ / ・ 才		2 被扶養者(家族)	2 女	/ /			
申請人数		人		支払額合計		円	
受取方法	〔退職後の方（記号100）〕 振込先を記入してください 〔在籍中の方は記入不要〕		労働金庫 〔 〕		本店 支店		普通口座
			店番号		口座名義 (カタ)	※被保険者名義に限ります	
	口座番号						
〔在籍中の方〕		委任により事業所経由で支給（給与振込時に加算等、事業所ごとに対応が異なります）					

### 【申請時の注意事項】

<b>対象者</b>	接種日に労金健保の資格を有する加入者。
<b>補助金額(税込)</b>	1人、2,000円 ※上限額に満たない場合は実費。
<b>添付書類</b>	個人単位の領収証（原本） ※ 領収書には、次の4点の記載が必要です。① 接種者氏名 ② 接種日（領収日でも可） ③ 医療機関名 ④ インフルエンザ予防接種である旨のただし書き（インフルエンザ予防接種済証写し、又は診療報酬明細書写し可） ※ 個人単位の領収証の発行ができない場合は、但し書きに接種者名と各金額を記載してあること。 ※ 領収書は別紙、領収書貼付台紙に貼付けしてください。
<b>記載方法</b>	13歳未満で2回接種の場合は初回接種日、合計金額を記入してください。
<b>申請期間・方法</b>	当該年度の3月末日までに当健保組合必着のため、3月上旬までに事業所へ提出。なお、任意継続被保険者とその被扶養者は、当健保組合へ直接送付。
<b>申請回数</b>	1人、年度1回限り。被保険者世帯一括で申請。13歳未満で2回接種の場合は併せて1回の申請が可能です。 なお、1回の接種で2,000円以上の実費がかかった場合は2回目の接種を待たずに申請していただいて構いません。
<b>支給対象外</b>	東振協提携方式の接種や、事業所集団接種を受けた方。
<b>個人情報</b>	当健保組合の保健事業の目的以外に使用いたしません。

健保使用欄			受付No		備考	
検印	精査	担当	支払日		決定（合計）	
					人	円

## 領収書貼付台紙

「すこやか健診補助金申請書兼委任状」「インフルエンザ予防接種補助金申請書」共通台紙

※ 領収書はなるべく重ならないように貼付してください。

<p>XXXX年XX月XX日</p> <h3>領収書</h3> <p><u>労金 花子 様</u></p> <p><u>金額20,000円</u> 但 生活習慣病健診費用</p> <p>〇〇病院</p>	<p>X月XX日</p>
<h3>領収書</h3> <p><u>労金 花子 様</u></p> <p><u>金額5,000円</u> 但 婦人がん検診費用</p> <p>〇〇病院</p>	<p>X月XX日</p>
<h3>領収書</h3> <p><u>労金 太郎 様</u></p> <p><u>金額4,000円</u> 但 インフルエンザ予防接種費用</p> <p>〇〇病院</p>	