保険証
事業所記号

助成金交付 決定並支出伺	決裁	常務理事	事務長	課長	係長	係員

助成金総額	円	人員	人
		1人当額	円

※太枠内を記入してください

インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

接種者数	人

インフルエンザ予防接種を行いましたので、右頁の接種者を代表し助成金を申請するとともに、本申請にもとづく助成金の受領を下記の者に委任します。

申請日　平成　　年　　月　　日

愛知県情報サービス産業健康保険組合　殿

申請代表被保険者

保険証記号番号　　－　　氏名　　印

（氏名は、右頁の接種者名簿のうち、被保険者の方の氏名を記入してください。接種者が被扶養者の場合は、その方の被保険者の氏名を記入してください。※被扶養者の方の署名は無効です）

委任された者の
所在地
事業所名
事業主氏名　　印

【注意事項】

◇　助成対象期間は、**平成２９年１０月１日から平成３０年１月３１日**に受けたインフルエンザ予防接種分です。

◇　申請期限は、**平成３０年3月３０日（金）です。（当組合必着）**

◇　助成金額は、一人あたり**３，０００円**を上限とした実費です。（申請は年度内１回限り。接種回数は問いません。）

◇　フルミスト（経鼻インフルエンザ生ワクチン）は助成対象外です。

◇　「インフルエンザワクチン予防接種補助券」を利用した方は、助成金交付申請を行うことはできません。

◇　お子様などで２回接種の場合、１回の料金が３，０００円未満のときは、２回分の領収書をあわせて申請していただきますと、３，０００円を上限とした実費を助成いたします。

◇　添付書類として、医療機関が発行した**領収書原本（接種者氏名・接種年月日・接種料金・医療機関名・領収印・インフルエンザ予防接種代である旨が明記されていること）**が必要です。レシートは不可です。
なお、領収書原本は返却いたしません。

◇　複数名で１枚の領収書発行の場合は、各々の氏名および料金について医療機関で明記してもらってください。

◇　助成金は事業所宛に振込をさせていただきますので、ご了承と委任欄への記名、及び捺印をお願いします。

◇　右頁には、保険証番号、続柄、氏名、接種日、接種費用（3,000円未満の場合のみ）、合計人数を必ず記入してください。

◇　実施要領、申請書、記入例は当健康保険組合ホームページに掲載されています。　http://www.aikenpo.or.jp

◇　ご提出いただいた個人情報は、助成金支給事業以外の目的で使用することはありません。

インフルエンザ予防接種者名簿

※太枠内を記入してください

保険証番号	続柄	氏名	接種日（2回分を申請の場合は、2回目の接種日も記入してください。）	接種費用 ※接種費用の総額が3,000円未満の場合のみご記入下さい
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		H　年　月　日 H　年　月　日	円
合計		名		