

保険証
事業所記号

9	9	2	0
---	---	---	---

助成金交付

決定並支出伺

助成金総額	円	人員	人
		1人当額	円

(任意継続被保険者用)

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助成金を申請します。	
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	
保険証記号番号 9920 -	氏名 印
<small>(被保険者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)</small>	
※助成金の振込先として被保険者名義の口座を記入してください(被保険者名義の口座のみ振込可能)。	
振込希望の銀行名	本・支店名
	本店 ・ 支店
口座種別	口座番号
1.普通 2.当座	フリガナ

※接種日に当組合の被保険者・被扶養者資格がある方が助成対象になります。資格喪失日以降の接種分につきましては、助成対象になりません。

※添付書類として、医療機関が発行した領収書原本が必要です。詳細につきましては、「平成29年度インフルエンザ予防接種助成金事業実施要領」又は右頁の【注意事項】をご覧ください。

※本枠内は記入しないでください

インフルエンザ予防接種者名簿

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
合 計	名		

【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。
- ◇ 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。
- ◇ 接種者名簿には、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。