保険証記号				

助成金交付決定並支給伺 ［※組合使用欄］	決裁	常務理事	事務長	課長代理	係長	係員

助成金総額		人員	人
		1人当額	円

インフルエンザ予防接種 助成金交付申請書

事業主記入欄	愛知県情報サービス産業健康保険組合　御中 申請内容及び下記注意事項を確認のうえ申請します。			
	申請日	令和　　年　　月　　日	事業所所在地	
	申請人数	人	事業所名称 事業主名	

※保険証記号、事業主記入欄、申請者名簿の記入をお願いします。

【注意事項】

1 助成対象は、令和5年10月1日から令和6年1月31日に実施したインフルエンザ予防接種分です。

2 申請期限は、令和6年3月29日です。（当組合必着）

3 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。）

4 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。

5 お子様など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円を上限として実費を支給します。

6 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。

7 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。

8 助成金は事業所宛に振込をいたしますので、被保険者の同意の確認をお願いいたします。

9 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。

10 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。

11 申請者が書ききれない場合は、「申請者名簿続紙」をご利用ください。

ホームページQRコード

申請者名簿

保険証番号	本人・家族	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		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
合　計		名		