## 2024年度インフルエンザ予防接種補助金申請書

【国内接種用】

◆太枠内を全て記入し、必要書類を添付して提出して下さい。

_ ▼ X IT IS E Y C ID Y O Y S E A E M IS O C IE O C I C V IS								
被保険者等記号番号	事業所名(会社名)			所	属			
_								
_								
被保険者名		従業員番号			連 絡 先			

◆補助金申請理由

※①~③は○をつける ④は理由を記入

① 9月以降に健保に加入	② 愛知県外での接種	③ 接種券を紛失	<ul><li>④ その他</li></ul>

## ◆接種について

接種者氏名	続柄	生年月日	接種日	接種費用	健保記入
		昭和・平成・令和 年 月 日	月日	円	
		昭和・平成・令和 年 月 日	月日	円	
		昭和・平成・令和 年 月 日	月 日	円	
		昭和・平成・令和 年 月 日	月日	円	
		昭和・平成・令和 年 月 日	月 日	円	

〇 対象接種期間

: 2024年10月1日(火)~2025年1月31日(金)

〇 申請書提出締切日 : 2025年2月12日(水) 健康保険組合必着

〇対 象 者

: 1歳~64歳までの被保険者・被扶養者

〇添 付 書 類

: 接種券・領収書(原紙)

※2回接種された場合、1回分の領収書のみで結構です

〇補 助 金 額

: 上限 2,000円 (実際の接種額がこの額を下回った場合は自己負担額)

〇提 出 先

: トヨタ紡織健康保険組合 濱田

## 【注意事項】※よくご確認下さい。

- ① 領収書は、①医療機関名 ②接種者氏名 ③接種日 ④接種金額 ⑤インフルエンザの予防接種 であることが明記されていることが必要です。
- ② 接種日に当健保組合の資格喪失している方は、補助の対象ではありません。
- ③ 上記接種期間内にお一人様1回の補助となります。
- ④ 12歳以下のお子様で、2回接種された場合も補助は1回分となります。
- ⑤ 補助金は会社経由でお支払いします。任意継続の方は、登録口座へお支払いします。
- ⑥ 原則として提出した領収書(原紙)はお返し致しません。(必要な方は控えをとって下さい)

4 出 さ な 1) よ領 う収 重の ねり 付付 けけ し箇 て所 下 左 さ さい。じ

申 請

書

か ら

は

※ 個人情報の保護について: この情報は健康保険の事業のみに使用し、その目的以外には使用致しません。