

2023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。

保険証 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	④ その他

◆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	

申請書からはみ出さないよう領収書の重なり付け箇所(左とじ)に重なり付けして下さい。

- 対象接種期間 : 2023年10月1日(日)～2024年1月31日(水)
- 申請書提出締切日 : 2024年2月9日(金) 健康保険組合必着
- 対象者 : 1歳～64歳までの被保険者・被扶養者
- 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
- 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)
- 提出先 : トヨタ紡織健康保険組合 濱田

【注意事項】※よくご確認ください。

- 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必要があります。
- 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)

※ 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。