

事業所 記 号	
------------	--

インフルエンザワクチン 予 防 接 種 補 助 金 申 請 書

	被保険者 番 号	受 診 者	続 柄	病 院 名	受診年月日
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

1. 予防接種補助期間 10月から翌年1月までの4ヵ月間の予防接種に限ります。
2. 10月から12月までの補助申請は予防接種後3ヶ月以内
1月の予防接種は3月末が申請期限となります。
3. 補助申請書に領収書原本を添付してください。（接種日や接種を受けた人の名前
がない領収書、インフルエンザ予防接種の領収書であることがわからない領収書は
無効です。）
4. 個人負担への補助金なので、事業所補助額は健保補助対象にはなりません。

補助金申請額 1,000円 × 人 = 円

上記の通り補助金を申請します。

年 月 日

神奈川県機器健康保険組合
理事長 殿

事業所名
代 表 者

印