# インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

名古屋木材健康保険組合　　御中

下記のとおりインフルエンザ予防接種補助金の支給を申請いたします。

健康保険事業所記号 ＿＿＿＿＿＿　　事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 裏紙での申請は無効となりますのでご注意ください。

（注）鉛筆書き不可

| 番号 | 被保険者氏名 | 接種者氏名 | 続柄 | 健保使用欄（補助金） |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | 補助金計 | 円 |
| | | | 総合計 | 円 |

対　象　者　　被保険者・被扶養者
接 種 期 間　　令和6年10月1日～令和7年1月31日接種分
補　助　額　　被保険者：　1,500円・被扶養者：　1,000円（各１回限り）
※自己負担額が当健保組合の補助額を下回った場合は、
当健保組合の補助は実費までといたします。

医 療 機 関　　特に指定はありません

添 付 書 類　　領収書原本

①インフルエンザ代の明記（予防接種代等不可）
※接種証明シール、別紙診療内容明細書等、インフルエンザとわかるものでも可
②接種者氏名
③接種日
④医療機関名
⑤単価（一人につき領収書１枚、連名不可）

※各市町村のインフルエンザ予防接種補助との併用可
※お子様等で２回以上接種された方の領収書は１枚のみ添付してください。