※受付日付印

| ※組合記入欄 | 補助金支給決定額 |
|---|---|
| | 円 |

| 事務長 | 担当者 |
|---|---|
| | |

【記入例】任継者の場合

インクが消えない黒いペン（ボールペン等）でご記入ください

領収書原本を（コピー不可）を裏面（２／２）に貼付してください　令和　×年　10月　28日　申請

# インフルエンザ予防接種補助金申請書（1/2）

| 被保険者証の記号・番号 | 記号 | 番号 | 事業所名（任継者は「任意継続被保険者」、特退者は「特例退職被保険者」と記入） |
|---|---|---|---|
| | ９９０ | ○○○○ | 任　意　継　続　被　保　険　者 |

| 被保険者氏名 | 日　揮　　太　郎 | 自宅住所 | 横浜市××区○○　△－△△－△ |
|---|---|---|---|

接種を受けた方の内訳　※欄は記入しないでください

| | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 接種日 | 支払った金額 | 補助金決定額 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 日　揮　太　郎 | 本人 | ７２ 歳 | 1回目:R　×年１０月　９日<br>2回目:R　年　月　日 | ２，０００ 円<br>円 | ※ 1,000円<br>2,000円<br>円 |
| | 高齢者助成制度 | 無・(有) | → 市区町村名: 横　浜　市 | | | |
| 家族1 | 日　揮　花　子 | 妻 | ６４ 歳 | 1回目:R　×年１０月２０日<br>2回目:R　年　月　日 | ３，５００ 円<br>円 | ※ 1,000円<br>2,000円<br>円 |
| | 高齢者助成制度 | (無)・有 | → 市区町村名: | | | |
| 家族2 | | | 歳 | 1回目:R　年　月　日<br>2回目:R　年　月　日 | 円<br>円 | ※ 1,000円<br>2,000円<br>円 |
| | 高齢者助成制度 | 無・(有) | → 市区町村名: | | | |
| 家族3 | | | 歳 | 1回目:R　年　月　日<br>2回目:R　年　月　日 | 円<br>円 | ※ 1,000円<br>2,000円<br>円 |
| | 高齢者助成制度 | 無・(有) | → 市区町村名: | | | |

| 事業所担当者印 |
|---|
| |

＜＜＜＜申請書提出先＞＞＞＞

〒１４１－００３１
東京都品川区西五反田２－２９－５　日幸五反田ビル３階
日揮健康保険組合　担当：相馬　久美子
ＴＥＬ：０３－５４３７－６５４０

# インフルエンザ予防接種補助金申請書（2/2）

| 被保険者証の | 記号 | ９９０ | 氏名 | 日　揮　太　郎 |
|---|---|---|---|---|
| | 番号 | ○○○○ | | |

両面印刷の場合は、省略可

請求書兼領収書

日揮　太郎　　様　　令和×年 10 月×日

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険 | 初・再診料 | 医学管理 | 在宅医療 | 検査 | 画像 | 投薬 |
| | 0 点 | 0 点 | 0 点 | 0 点 | 0 点 | 0 点 |
| | 注射料 | ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ | 専門療法 | 処置料 | 手術料 | 麻酔料 |
| | 0 点 | 0 点 | 0 点 | 0 点 | 0 点 | 0 点 |
| | 放射線治療 | その他 | | | | ①診療負担金 |
| | 0 点 | 0 点 | | | | |
| 保険外 | 文書代 | 保険外負担 | 自費その他 | 予防接種 | 消費税 | ②自費合計 |
| | 0 円 | 0 円 | 0 円 | 2,000 円 | 0 円 | 2,000 円 |

| ③前回未収金 | ※今回請求額 | 領収額合計 |
|---|---|---|
| 0 円 | 2,000 円 | 2,000 円 |

※＝①＋②＋③

但し　インフルエンザ予防接種代として

令和×　年　10　月　9　日接種分

上記の通り領収いたしました

○○○クリニック 印

貼付欄

【申請上の注意】

| | | |
|---|---|---|
| 対象者 | 日揮健康保険組合の被保険者・被扶養者で、接種日に資格を有する者。 | |
| 申請方法 | 接種を受けた方が複数いる場合は、接種日が異なっていても出来るだけ、１枚の申請書にまとめて申請してください。ただし、保険証の記号・番号が違う場合は、別々の申請となります。 | |
| 接種期間 | １０月１日から**翌年１月末日**。 | |
| 申請期間 | １０月１日から翌年２月末日。２月末日までに組合で受け付けをした分までとなります。 | |
| 補助回数及び補助金額 | ・1 人につき 1 回、**2,000 円を上限**に補助します。2,000 円未満の場合は、実費を補助。<br>・2 回接種の場合は、2 回分の接種料金の合計額に対して 2,000 円を上限に補助。<br>・65 歳以上を対象とした高齢者助成制度（法定制度）を利用した場合は、1,000 円を上限に補助。　接種料金が 1,000 円未満の場合は、実費を補助。<br>・その他の自治体の助成制度を利用した場合は、自治体補助後の自己負担分が補助の対象。 | |
| | 補助額の例 | 窓口で 3,600 円支払った ⇒ 2,000 円補助<br>2 回に分けて接種（各 1,900 円）、窓口で合計 3,800 円支払った ⇒ 2,000 円補助<br>※1 回分（1,900 円）のみでの申請の場合 ⇒ 1,900 円補助<br>自治体から 1,500 円助成があり、窓口で 1,800 円支払った ⇒ 1,800 円補助<br>窓口で 2,500 円支払った後、自治体から 2,000 円還付（自己負担分 500 円） ⇒ 500 円補助<br>高齢者助成制度を利用し、窓口で 2,300 円支払った ⇒ 1,000 円補助 |