

(健保事務処理欄)

支給決定金額
円

常務理事	事務長	担当者

東京ドーム健康保険組合 御中

インフルエンザ等予防接種補助金申請書

年 月 日

インフルエンザ等予防接種を受けましたので、以下のとおり補助金の申請を致します。

ふりがな			
名前		印	男 . 女
記号一番号	-	連絡先	(内線・直通)
会社名		部署名	
実施日	年 月 日	実施機関	
領収書記載額		円	

* 正社員・契約社員の方は、下記欄に署名捺印下さい。
(ただし、育休中などで給与が発生していない場合、下記の振込先口座もご記入ください)

私は、補助金を事業主経由で受け取ることに同意します。

署名 _____ 印 _____

* 準社員・アルバイトの方は、下記に振込先をご記入下さい。

振込先 _____ 銀行 _____ 支店 _____
(フリガナ)
口座名 _____
(普・当) 口座No. _____

★領収書は、必ずこの用紙の裏面にきれいにお貼り下さい。

※領収書には次の記載が必要です。接種を受けた方の氏名、接種日付、医療機関名と医療機関印、
予防接種の金額、インフルエンザ予防接種代である旨が明記されていること。

※領収書にインフルエンザ予防接種である等の記載が無い場合は、インフルエンザの予防接種と
記載されている診療明細書も裏面に必ずお貼りください。(記載ない場合、受理不可)

<補助金支給概要>

1. 支給対象者: 被保険者
2. 支給金額: 実費(ただし、上限3千6百円)
3. 支給日: 毎月25日健保必着で翌月25日支払い
4. 支給回数: 被保険者一人に対し年1回(10月1日～翌年2月末日の期間内で)
5. 申請期間: 原則10月1日～翌年3月15日
6. 提出先: 東京ドーム健康保険組合