

## 様式⑧-2

本件下記により補助金を支給してよろしいか。					算出基礎	支給額
常務理事	事務長	課長	係長	担当者	1,500 円 × 人 = 円 × 人 = 円 × 人 = 円 × 人 =	
						円

## 『インフルエンザ予防接種』補助金申請書【事業所用】

注意: 補助金申請は、当該年度の3月末日必着でお願いします。 当組合必着です。遅れて申請された時は、補助できない場合がありますのでご注意ください。		必ず 記入く ださい	本人 人	家族 人	合計人数 合計費用	人 円
申請日 :	年 月 日					
接種日	被保険者等 記号一番号 ◎番号順にご記入願います。	接種者 氏名	続柄	予防接種費用 ( 円 )		
1	/	—	本人・家族			
2	/	—	本人・家族			
3	/	—	本人・家族			
4	/	—	本人・家族			
5	/	—	本人・家族			
6	/	—	本人・家族			
7	/	—	本人・家族			
8	/	—	本人・家族			
9	/	—	本人・家族			
10	/	—	本人・家族			
※ 受診者を記入でききれない場合は、別途 名簿を作成し添付してください。		ページ計	本人 人	家族 人	人	円
振込先 (事業所名義)	銀行 フリガナ 名義	支店 普通・当座・その他( ) 口座番号				

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、請求書(写し)《請求明細(受診者一覧表)を添付してもらってください》・領収書(写し・コピー)を添付のうえ請求します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

西日本パッケージング健康保険組合

注1: 領収書に下記①～⑤が記載されているか確認してください。記載内容が不備な場合は返戻いたします。

①接種者氏名 ②接種日 ③接種機関名 ④接種費用 ⑤但し書き(例:インフルエンザ予防接種代)

注2: 「インフルエンザ予防接種」補助金は、上限1,500円。1,500円未満の場合はその費用。

注3: 補助は、年度内に1回です。

新型・季節性を問わず、予防接種1回に対して「上限1,500円」を補助します。

ただし、子供の季節性や、新型などの2回必要な場合は、2回の総額に対して、「上限1,500円」の補助となります。

注4: 集団予防接種での「医師派遣代」は、補助対象外です。

\* この申請書のためにご提供いただいた個人情報は、上記補助金支給決定及び当健康保険組合の実施する保健事業に利用させていただきます。当該目的以外に使用することはございません。