様式⑧-1

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

『インフルエンザ予防接種』補助金申請書

領収書の【写し・コピー】を添付してください

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。

申請日：　　年　　月　　日

必ず記入してください。	本人	人	家族	人

事業所名称			
事業所・営業所 工場の所在地	〒　　－　　TEL　　（　　）		
被保険者氏名		被保険者等 記号－番号	－

接種者氏名			本人・家族	補助金の上限は「1,500円」です
接種日	1回目	年　月　日	予防接種費用 合計	円
	2回目	年　月　日		
接種機関名	TEL　　（　　）			
接種者氏名			本人・家族	補助金の上限は「1,500円」です
接種日	1回目	年　月　日	予防接種費用 合計	円
	2回目	年　月　日		
接種機関名	TEL　　（　　）			
接種者氏名			本人・家族	補助金の上限は「1,500円」です
接種日	1回目	年　月　日	予防接種費用 合計	円
	2回目	年　月　日		
接種機関名	TEL　　（　　）			
接種者氏名			本人・家族	補助金の上限は「1,500円」です
接種日	1回目	年　月　日	予防接種費用 合計	円
	2回目	年　月　日		
接種機関名	TEL　　（　　）			

※受診者が５名以上の場合は、この用紙をコピーし使用して下さい。

振込先 （被保険者名義）	銀行　　支店　普通・当座・その他（　　） ﾌﾘｶﾞﾅ 名義　　口座番号

注1：領収書【写し・コピー】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額。

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、２回接種が必要な場合は、２回の総額に対して「上限1,500円」の補助となります。

西日本パッケージング健康保険組合

＊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。

2025.4