

予防接種補助金交付申請書

四電工健康保険組合 理事長 殿

申 請 日 年 月 日

保険証記号番号 記号 番号

被 保 険 者 氏 名

次のとおり予防接種を受けましたので、領収書を添え申請します。

接種者氏名	続柄	接種ワクチン名 (インフルエンザ・風疹・MR等)	接種年月日	接種費用	補助金申請額
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
合 計					円

- ※ 補助金の申請限度額は、1人当たり合計3千円です。
- ※ 年度中に世帯で1回のみの申請となりますので、被保険者（本人）・被扶養者（家族）分をまとめて申請してください。
- ※ 本年度中に接種したものに限り、補助されます。
- ※ 領収書は以下がすべて記載されたもの（原本）を添付してください。これ以外のものは受け付けられません。
- ① ワクチンの種類、または「予防接種」と記載されていること。
 - ② 予防接種を受けた方の氏名がフルネームで記載されていること。（複数人で受けた場合は全員の氏名が必要です。）
 - ③ 予防接種を受けた医療機関の名称と押印がされていること。

- ※ 任意継続・臨時社員の方は、下記に振込先を記入してください。
- それ以外の方は給与第一口座に振り込まれるため記入不要です。 下記欄には記入しないでください。

振込先	金融機関名				本支店名	
	預金種目		口座番号		口座名義 (カタカナ)	

最終締め切り： 2月末日 健康保険組合必着