

# インフルエンザワクチン接種補助金支給申請書(任継用)

健 保 使 用 欄	支 給 額	接 種 者 数	内 訳			備 考	
	¥ _____	_____ 名	単 価				接 種 者 数
			¥ 1,000.-	×	名		
			¥ _____	×	名		
			¥ _____	×	名		
			¥ _____	×	名		
			¥ _____	×	名		

接 種 者 数	合 計					名
被 保 険 者	男 性		名	女 性		名
被 扶 養 者	男 性		名	女 性		名

上記のとおり申請いたします。

令 和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

申 請 者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

東京都食品健康保険組合 殿

振 込 先 金 融 機 関	振 込 先 銀 行	銀 行	支 店
	普通 ・ 当 座	口 座 番 号	
	フリガナ		
	口 座 名 義 人 名		

◎ 指定口座が個人口座の場合、必ずフリガナをご記入ください。

受 付 日 付 印

会 計 課 受 付 日 付 印

会 計 課 支 払 日 付 印

事業所番号
5555

- (注) ・ 領収書の金額が2名以上の場合は、内訳書・個人別の接種料を医療機関に記入してもらってください  
 ・ 領収書(写し可)もしくは接種に要した費用がわかる書類(請求書と振込明細書等)を必ず添付してください(原本提出の場合でも返却はいたしませんのでご了承ください)  
 ・ 領収書の他に「医療費明細書」が発行された場合はそちらもご提出ください(医療費明細書のみの提出の場合は領収書の提出があったとみなされませんのでご注意ください)  
 ・ 補助金の支給対象となるのは接種時の年齢が65歳未満の方ですのでご注意ください

◎ お問合せ先

東京都食品健康保険組合 補助金担当

電話 03-3833-5193

◎この申請書に記載されている個人情報および添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務以外の利用はいたしません。

インフルエンザワクチン接種 接種者名簿 (任継用) [補助金]

事業所番号

5555

事業所名

任意継続

※ 太枠 健保使用欄

保険者証 番号	本人家族	氏名	接種日 年齢	性別	接種日	接種料	支給額	備考
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			
	本・家				/			

◎ この申請書に記載されている個人情報および添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務以外の利用はいたしません。

実施医療機関証明欄	上記のとおり インフルエンザワクチン接種 を実施し	
	を領収したことを証明します。	
	¥	
	( 単価 ¥ )	× 実施者数 (名)
	内訳 ( 単価 ¥ )	× 実施者数 (名)
	( 単価 ¥ )	× 実施者数 (名)
	( 消費税 ¥ )	
	令和 年 月 日	
	医療機関名	
	所在地	
	医師名	
<p>(注) 医療機関から上記、「実施医療機関証明欄」に署名、押印していただくことにより「接種に要した費用がわかる書類」として申請することができます</p>		

※ 2回以上接種している方でも補助金の支給は年度内1回となりますので名簿には1回分を記入してください