

インフルエンザワクチン接種補助金支給申請書(事業所用)

健 保 使 用 欄	支 給 額	接 種 者 数	内 訳				備 考
	¥ _____	_____ 名	<div> <div>単 価</div> <div>接種者数</div> </div>				
			¥ 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
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>〒 _____</p> <p>所 在 地 _____</p> <p>事 業 所 名 _____</p> <p>申 請 者 _____</p> <p>事 業 主 名 _____</p> <p>電 話 番 号 [_____]</p> <p>東京都食品健康保険組合 殿</p> <p>※事業所の場合は、すでに届出済みの給付金振込口座へ入金させていた だきますので口座の明記は不要です。</p>							

◎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。

受 付 日 付 印

会 計 課 受 付 日 付 印

会 計 課 支 払 日 付 印

記 号

- (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提出してください(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。

【問い合わせ先】

東京都食品健康保険組合 補助金担当

電話 03-3833-5193

〔補助金〕

事業所名

◎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。

[illegible]

※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