

健保記入備考欄

インフルエンザ予防接種 補助金支給申請書

保険証記号		事業所名称	
事業所の所在地	〒 —		
担当者氏名		連絡先電話番号	

受診者名簿

*2,000円未満で2回接種の場合は2枚まとめて請求してください

保険証番号	接種を受けた方の氏名	※小学生以下は 接種回数に☑	保険証番号	接種を受けた方の氏名	※小学生以下は 接種回数に☑
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり

※振込先は事業所の口座になります。

補助金振込先銀行口座	
銀行 信金	支店 〔 No. 〕
当座・普通	
フリガナ	
口座名義	

- (注)1 ・医療機関発行の領収書(コピー可)を添付の上提出してください。記入した順に添付又はまとめてください。
 ※被接種者氏名、予防接種の種類と日付、接種にかかった費用、医療機関名の記載があること
- (注)2 領収書の内容に不足があるときは明細書を提出、もしくは発行元にて修正・追記等を行い提出してください。
 ※領収書を発行権限のない人が改ざんした場合「有印私文書変造罪」が成立する可能性があります。
- (注)3 ・当年10月から翌1月末までに予防接種を受けた方が対象です。