

健保組合記入欄			
補助人数	補助金額	事務長	担当
人	円		

東邦ガス健康保険組合理事長殿

2020年度インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請日 年 月 日

氏名コード		事業所名	(株)
被保険者記号・番号	—	所属課所	TEL(内線):
被保険者氏名			

・被扶養者分を含め、世帯全員をまとめて申請ください。

被保険者	接種者氏名	生年月日	年齢	続柄
本人	フリガナ	昭和 平成	年 月 日	歳 本人
被扶養者	接種者氏名	生年月日	年齢	続柄
	フリガナ	昭和 平成 令和	年 月 日	歳
	接種者氏名	生年月日	年齢	続柄
	フリガナ	昭和 平成 令和	年 月 日	歳
	接種者氏名	生年月日	年齢	続柄
	フリガナ	昭和 平成 令和	年 月 日	歳
接種者氏名	生年月日	年齢	続柄	
フリガナ	昭和 平成 令和	年 月 日	歳	

※注意事項

- 添付書類は領収書(原本)です。(原則、返却いたしません)
- 補助の対象となる方は、65歳未満の被保険者と被扶養者です。
- 乳幼児や数種類接種により2回以上接種した場合でも、補助金申請は一人一回となります。
- 申請期限は2021年2月10日(健保組合必着)までです。

領収証の記載必須事項について ※領収証は裏面にのり付け願います。

領収証	
受診者全員記載 (必ずフルネームで)	東邦 花子 様
	2020年10月10日
	領収額 3,600 円
	但しインフルエンザ予防接種代として領収しました
	名古屋市熱田区桜田町19-18 (健保) 東邦医院 医院長 健保太郎

2020.10.1~2021.1.31の接種分

医療機関の捺印

領収証に「インフルエンザワクチン」「予防接種」の記載も可。または、「医療費明細」又は「インフルエンザ予防接種済証」のコピーを領収証とともに添付願います。