

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 2020年 10 月 20 日

氏名コード	123456	事業所名	東邦ガス (株)
被保険者記号・番号	10 - 1234	所属課所	人事部 人事サービスG
被保険者氏名	東邦 太郎	TEL(内線):	811-2474

・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 トウホウ タロウ 東邦 太郎	昭和 平成 53年5月5日	42歳	本人
	フリガナ トウホウ ハナコ 東邦 花子	昭和 平成 令和 24年8月7日	8歳	長女
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** ← 2020.10.1~2021.1.31の接種分

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) ← 医療機関の捺印
東邦医院 医院長 健保太郎

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」のコピーを添付願います。