ダイフク健康保険組合　御中

XX 年　XX 月　XX 日

# インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

| 支給決定額　¥ ※健保記入 |
|---|

| 被保険者 | 記号 | 11 | 番号 | 234567 | 事業所 | 株式会社ダイフク |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ＜被保険者＞ | | | | | | |
| 氏　名 | 健保　太郎 | | | | XX 年 XX 月 XX 日 生 | |

| 接種受診者氏名 | 生年月日 | 接種日 | 医療機関名 | 接種費用 |
|---|---|---|---|---|
| 健保　太郎 | XX / XX / XX | XX / XX / XX | ○○××病院 | ¥ 9,999 |
| 健保　愛子 | XX / XX / XX | XX / XX / XX | ○○××病院 | ¥ 9,999 |
| | / / | / / | | ¥ |
| | / / | / / | | ¥ |
| | / / | / / | | ¥ |

| 振込先<br>※被保険者の口座のみ | ○× 銀行　○× 支店<br>普通　・口座番号（　1234567　）<br>口座名義　カナ（　ケンポ　タロウ　） |
|---|---|

【添付書類】　・領収書（原本）
宛名は受診者であること

| 補助金額 | 1人あたり 2,000円 |
|---|---|

※　年度内（４月～翌年３月）で、１人１回に限ります。
※　一家族分をまとめて申請してください。
※　保険外診療（自己負担額10割）で、自己負担が2,000円以上のものに限ります。
※　市区町村が助成している予防接種は補助対象外です。
※　接種日にダイフク健保の加入者（被保険者・被扶養者）の方が対象です。
※　２回接種を推奨されている方でも、補助は１回接種分のみです。