

補助申請受付開始:12月1日

健康記入欄	理事長	常務理事	事務長	担当	支給決定額
					円

新型コロナワクチン接種費用補助金申請書

下記のとおり、補助金を申請します。			
令和 年 月 日			
事業所名称 _____			
保険証の記号・証番号 _____		被保険者氏名 _____	
予防接種を受けた人の氏名	続柄	接種回数	補助金請求額(@ ¥1,000/1回)
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
合 計			円
振 込 口 座			
※(株)西日本新聞社と(株)九州博報堂の方は省略可			
※振込手数料節減の為 振込先優先順位を ①福銀 天神町支店 ②福銀 他支店 ③他銀 他支店 のとおりとしています。 ご協力をお願いします。	① 福 岡 銀 行 天 神 町 支 店		普通・当 座
	② 福 岡 銀 行 () 支 店		
	③ () 銀 行 () 支 店		名義カタカナ

領 収 書	※窓口で直接現金受取される方が記入する欄です
西日本新聞社健康保険組合殿	
金 _____ 円	
うえの金額を領収しました。	
令和 年 月 日	
氏名	

【請求上の注意】

- ・請求は年度で1回しかできません。接種されるご本人・扶養家族すべての接種分を、まとめて請求してください。
- ・補助金額:接種1回につき1,000円(ただし、予防接種代金が1,000円に満たない場合は実費を補助します。)
- ・対象となるのは、当年度分に限りです。年度末必着

【添付書類(必須)】 ※下記の内容が確認できない場合は、無効となりますのでご注意ください。

医療機関が発行する「領収書(原本)」

- ・ 名前・日付・本数・金額がわかるもの
- ・ 新型コロナワクチン接種分とわかるもの
- ・ レシート不可