補助申請受付開始：12 月 1 日

「インフルエンザ予防接種」補助金申請書

下記のとおり、インフルエンザ予防接種を受けましたので、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（@￥2,000/1 回）
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
合　　計			円

振　込　口　座　※㈱西日本新聞社と㈱九州博報堂以外の方は必ずご記入ください

※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 ② 福　岡 銀行　（＿＿＿＿＿）支店 ③（＿＿＿＿＿）銀行（＿＿＿＿）支店	普　通・当　座 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2，000円（ただし、予防接種代金が2，000円に満たない場合は実費を補助します。）

・対象となるのは、当年度分に限ります。年度末必着

【添付書類（必須）】

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
- インフルエンザ予防接種と記載のあるもの
- レシート不可

※上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。