

# インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

記入例

部署名	〇〇部 〇〇課	保険証 記号-番号	11 01 - 1234
社員No.	2345	被保険者氏名	健保 太郎

申請書は裏紙使用不可

※領収書の貼り付け順に記載してください。

FUJI健保組合の保険証が発行されている方が補助対象です。  
接種期間は10月1日～12月31日までです。

記入例	接種者氏名	続柄	接	接種期間	接種料	
	健保 元気					
	↓続柄は「子」ではなく「長男」「二男」等、具体的にご記入ください。					
1	健保 太郎	本人	令和 2 年 12 月 20 日	3,500 円	健保使用欄	
2	健保 花子	妻	令和 2 年 12 月 20 日	3,800 円		
3	健保 一郎	二男	令和 2 年 11 月 30 日	1,500 円		
4	健保 一郎	二男	令和 2 年 12 月 20 日	1,500 円		

お子さんの1回の費用が2000円未満の場合、1回目と2回目をそれぞれ記入ください。  
(例) 1回目 1500円 + 2回目 1500円 = 3000円 の場合 ⇒2000円補助します。

令和3年

**<パターン1>**  
 「領収書」に「インフルエンザ代」と明記されている場合  
 ⇒「領収書」を のりづけしてください。

**<パターン2>**  
 「領収書」に「インフルエンザ代」と明記されていない場合  
 ⇒「領収書」と「予防接種済証」又は「医療費（診療）明細書」  
 両方のりづけしてください。

領収書

(接種者氏名) 様  
 ¥ 〇,〇〇〇-

但し、インフルエンザ予防接種代 〇月〇日 (接種日)  
 @¥〇,〇〇〇- 〇〇様 (接種者名)  
 @¥〇,〇〇〇- 〇〇様 (接種者名)  
 〇〇医院 (医療機関名) 印

領収書 〇月〇日

(接種者氏名) 様  
 ¥ 〇,〇〇〇-

〇〇医院 (医療機関名) 印

**予防接種済証**

(接種者氏名)  
 インフルエンザ予防接種を  
 〇月〇日に接種しました。  
 〇〇医院 (医療機関名) 印

**医療費（診療）明細書**  
 〇月〇日

(接種者氏名)  
 インフルエンザ予防接種代  
 ¥〇,〇〇〇円  
 〇〇医院 (医療機関名) 印

領収書が家族合計分の場合は、単価と接種者氏名が必要です。

領 収 証 <領収書 注意事項>

患者		氏名		機	
初診・再診料	医学管理費	在宅医療	投薬	注射	処置
0円	0円	0円	0円	0円	0円
診療	検査	画像診断	リハビリテーション	精神科専門療法	放射線治療
0円	0円	0円	0円	0円	0円
医療分合計	負担割合	負担金額	前回来収金	勘定(優待)金	
0円	3割	4,000円	0円	0円	
文書料	各種手数料	各種料	送料	領収料	
0円	4,000円	0円	0円	0円	
支払金額		今回未収金	領収金額		
0円		4,000円	0円		

※再発行はいたしませんので大切に保管して下さい。  
 ※添付除明細書となります。  
 ※再発行はいたしませんので大切に保管して下さい。

「予防接種」だけでは不可。  
 必ず「インフルエンザ」の文言が必要です。  
 手書きで「インフルエンザ予防接種代」と追記した場合は横に病院又は病院担当者の印鑑が必要です。

<申請締切期限> 令和3年1月5日(火)健保組合必着