

令和 年 月 日

愛知県農協健康保険組合理事長 様

事業所名 ○○農業協同組合
被保険者氏名 健保太郎
被保険者等記号番号 1234 - 5678

インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

下記のとおりインフルエンザの予防接種を実施しましたので、助成金の交付を申請します。

1. 助成金交付申請額 計 4,000 円

申請額内訳	2,000 円	2 名 =	4,000 円
	円	名 =	円

2. 予防接種者（続柄欄、接種補助券の添付欄の該当事項に○をつけてください）

記号	番号	接種者氏名	続柄	接種補助券の添付
1234	5678	健保太郎	本人・家族	有・無
1234	5678	健保花子	本人・家族	有・無
			本人・家族	有・無
			本人・家族	有・無
			本人・家族	有・無

3. 添付書類

- ①インフルエンザワクチン接種補助事業「接種補助券」
(接種補助券の添付が無い場合、助成金の交付は翌年度4月以降になります。)
- ②領収証の写し
(予防接種者名およびインフルエンザ予防接種代と明記されたもの。レシート不可)

※この申請によって取得する個人情報は、当組合の助成金支払事務・統計および分析を目的に利用いたします。

■インフルエンザ予防接種助成金申請の注意事項■

1. インフルエンザワクチン接種補助事業「接種補助券」を添付してください。（2. 予防接種者に接種補助券の添付の無い者が含まれている場合、助成金の交付は翌年度4月以降になります。）
2. 領収証の写し（予防接種者名およびインフルエンザ予防接種代と明記されたもの。レシート不可）を添付してください。
3. 対象期間中（10月1日～1月31日）の予防接種が助成の対象となります。
4. 「インフルエンザ予防接種助成金申請書」は各事業所経由で提出してください。
任意継続被保険者の方については、健康保険組合に直接提出してください。
5. 「インフルエンザ予防接種助成金申請書」は接種日該当年度の2月末までに提出してください。
6. 詳細や不明な点は「保健部保健事業課 052-971-3255」までお問い合わせください。