

決定	
支給金額	円

※健保が記入する欄

キクチ健康保険組合 殿

### インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証 の 記号・番号	—			被保険者氏名 <small>印</small>	
接種した方について記入	氏名	年齢	区分	接種した医療機関名	窓口負担額
			被保険者		接種年月日
			被扶養者	円	
			被保険者	年月日	
			被扶養者	円	
			被保険者	年月日	
			被扶養者	円	

この申請書の裏面に医療機関の領収証（原本）をのり付けして添付してください。レシートは不可です。  
領収証には次の項目を明記してもらってください。

- ①接種者氏名（複数人数の場合はそれぞれの氏名）
- ②受診内容（インフルエンザ予防接種代と明記）
- ③領収日
- ④支払金額（他の項目と一緒に場合は予防接種の金額がわかること）

補助は、

- ①接種された日にキクチ健康保険組合の被保険者・被扶養者であること
- ②接種時に65歳以上の方でないこと
- ③10月1日～1月31日に接種されたものであること
- ④補助回数1回 補助額 2,000円まで