

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 (印)	
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
					接 種 年 月 日
				被保険者	円
				被扶養者	年 月 日
				被保険者	円
				被扶養者	年 月 日
				被保険者	円
				被扶養者	年 月 日
				被保険者	円
				被扶養者	年 月 日
				被保険者	円
				被扶養者	年 月 日

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（他の項目と一緒にの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