保険証記号	9	9	2	0

助成金交付決定並支給伺 ［※組合使用欄］	決裁	常務理事	事務長	課長	係長	係員

助成金総額		人員	人
		1人当額	円

≪任意継続被保険者用≫　インフルエンザ予防接種 助成金交付申請書

被保険者記入欄

愛知県情報サービス産業健康保険組合　御中

申請内容及び右記注意事項を確認のうえ申請します。

保険証記号･番号	9920　－	被保険者氏名	
申請年月日	令和　　年　　月　　日	申請人数	人
電話番号	（自宅）　　（携帯）		

助成金振込先希望口座（**被保険者名義の口座のみ振込可能**）

金融機関名称		本･支店名
		本店　・　　支店
口座種別	口座番号	口座名義人（被保険者）
1.　普通 2.　当座		フリガナ

※被保険者記入欄、申請者名簿の記入をお願いします。

※接種日に当組合の被保険者･被扶養者資格がある方が助成対象になります。資格喪失日以降の接種分につきましては、助成対象になりません。

※添付書類として、医療機関が発行した領収書原本が必要です。詳細につきましては、「令和3年度インフルエンザ予防接種助成金事業実施要領」又は右頁の【注意事項】をご覧ください。

申請者名簿

保険証番号	本人・家族	氏名	接種日 （2回分を申請の場合は、2回目の接種日も記入してください。）	接種費用 ※接種費用の総額が3,000円未満の場合のみご記入下さい
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
	本人・配偶者・子・親・その他		令和　年　月　日 令和　年　月　日	円
合　計		名		

【注意事項】

1　助成対象は、令和3年10月1日から令和4年1月31日に実施したインフルエンザ予防接種分です。

2　申請期限は、令和4年3月31日（木）です。（当組合必着）

3　助成金額は、一人あたり3，000円を上限とした実費です。（申請は年度内1回限り。接種回数は問いません。）

4　厚生労働省未承認のワクチン（例：フルミスト）は助成対象になりません。

5　お子様など2回接種の場合、1回の料金が3，000円未満のときは、2回分の領収書をあわせて申請していただきますと、3，000円を上限として実費を支給します。

6　添付書類として、医療機関が発行した領収書原本（接種者氏名・接種年月日・接種料金・医療機関名・領収印・インフルエンザ予防接種代である旨が明記されていること）が必要です。レシートは不可です。なお、領収書原本は返却いたしません。

7　複数名で1枚の領収書発行の場合は、各々の氏名および料金について医療機関で明記してもらってください。

8　接種者名簿には、保険証番号、続柄、氏名、接種日、接種費用（3,000円未満の場合のみ）、合計人数を必ず記入してください。

9　実施要領、申請書、記入例は当健康保険組合ホームページ（QRコード参照）に掲載されています。

10　ご提出いただいた個人情報は、助成金支給事業以外の目的で使用することはありません。

ホームページＱＲコード