

(事業所請求用)

支給決定欄	伺の日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係	係
	支給額	円				
	補助金算定基礎			被保険者 名	被扶養者 名	合計 名

インフルエンザ予防接種補助金請求書

1 請求期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 接種分

2 受診者数 名

3 請求金額 円

【添付書類】

- インフルエンザ予防接種補助金請求者名簿
- 領収書（原本） A4用紙等に貼付してください。
※領収書の但し書きには、インフルエンザ予防接種である旨を記載してもらうよう、受診医療機関へご依頼ください。

【注意事項】

- 実施の期間 令和4年10月1日から令和5年1月31日
- 請求受付期限 令和5年2月24日（金）
- 補助金の額 実施期間内に1回のみ1,000円を限度として補助します。ただし、予防接種費用（自己負担額）が補助限度額に満たない場合は、実際に要した費用までとします。（※予防接種が2回接種法の場合は、2回接種で1セットのため補助は1回とします。）

上記のとおり実施したので、補助金請求をいたします。

令和 年 月 日

みづほ健康保険組合理事長 様

所在地

事業所名称

事業主

印

補助金振込先

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人
		普通		
		当座		
金融機関コード	コード			

受付日付印

