

(任継者用)

支給決定欄	伺の日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係	係
	支給決定額	円				
	補助金算定基礎		内訳	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

被保険者証 記号番号	-		被保険者氏名	
住所	〒 -		電話番号	- -
接種を受けた方の氏名	区分	第1回接種年月日	接種した医療機関名	
		第2回接種年月日		
	本・家	令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
	本・家	令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
	本・家	令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
	本・家	令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
	本・家	令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		

【注意事項】

- 実施期間 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。）
- 添付書類 予防接種を受けた方の氏名、予防接種を受けた年月日、インフルエンザ予防接種であることが記載された領収書（**原本**）を裏面に貼付してください。
- その他 資格喪失日（期間満了、再就職、保険料未納喪失等）以後の接種による補助金請求はできません。

補助金振込先（被保険者本人の口座に限ります。）

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

上記のとおり請求します。 令和 年 月 日

みづほ健康保険組合理事長 様

受付日付印