

助成金交付 決定並支出伺	決	常務理事	事務長	担 当	担 当	担 当
	裁					
助成金額		円	人 員	人	1人 当額	円

## インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて補助申請をするとともに、本申請にもとづく助成金の受領を下記の者に委任します。

申請日 令和 年 月 日

トーテックグループ健康保険組合 殿

申請代表被保険者 保険証記号番号 100 - 接種者数 人

申請代表被保険者 氏名

※接種者が被扶養者の場合、その方の被保険者の氏名を記入。※被扶養者の方の署名は無効

委任されたものの

所在地 名古屋市西区名駅2-27-8

事業所名称 トーテックアメニティ株式会社

事業主氏名 代表取締役 坂井 幸治

### ●実施要項及び注意事項

- 1.接種対象期間 : 令和3年10月1日から令和4年1月31日接種分
- 2.申請締切 : 令和4年3月31日 (健康保険組合必着)
- 3.助成金額 : 被保険者・被扶養者とも3,000円を上限とした実費、年度内1回助成  
\* お子様など2回接種で3,000円到達の場合は、2回分をまとめて申請  
\* フルミスト (経鼻インフルエンザ生ワクチン) は助成対象外
- 4.添付書類 : 領収書の原本 (レシート不可)

※領収書には以下の記載が必要です。不備がある場合は補助できませんので、貼付け前に必ずご確認ください。(未記載事項がある場合、接種機関で訂正が必要です。)

- 1 いつ⇒接種年月日
- 2 どこで⇒医療機関名(受領印も押されていますか)
- 3 誰がいくらで⇒接種を受けた方の氏名とその方の接種費用
- 4 何をした費用か⇒インフルエンザ予防接種代であること

※領収書は返却いたしません。

- 5.ご提出いただいた個人情報、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。



助成金交付 決定並支出伺	決	常務理事	事務長	担 当	担 当	担 当
	裁					
助成金額		円	人 員	人	1人 当額	円

## インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて補助申請をするとともに、本申請にもとづく助成金の受領を下記の者に委任します。

申請日 令和 年 月 日

トーテックグループ健康保険組合 殿

申請代表被保険者 保険証記号番号 200 - 接種者数 人

申請代表被保険者 氏名

※接種者が被扶養者の場合、その方の被保険者の氏名を記入。※被扶養者の方の署名は無効

委任されたものの

所 在 地 名古屋市西区名駅2-27-8

事業所名称 トーテックビジネスサポート株式会社

事業主氏名 代表取締役 坂井 幸治

### ●実施要項及び注意事項

- 1.接種対象期間 : 令和3年10月1日から令和4年1月31日接種分
- 2.申請締切 : 令和4年3月31日 (健康保険組合必着)
- 3.助成金額 : 被保険者・被扶養者とも3,000円を上限とした実費、年度内1回助成  
\* お子様など2回接種で3,000円到達の場合は、2回分をまとめて申請  
\* フルミスト (経鼻インフルエンザ生ワクチン) は助成対象外
- 4.添付書類 : 領収書の原本 (レシート不可)

※領収書には以下の記載が必要です。不備がある場合は補助できませんので、貼付け前に必ずご確認ください。(未記載事項がある場合、接種機関で訂正が必要です。)

- 1 いつ⇒接種年月日
- 2 どこで⇒医療機関名(受領印も押されていますか)
- 3 誰がいくらで⇒接種を受けた方の氏名とその方の接種費用
- 4 何をした費用か⇒インフルエンザ予防接種代であること

※領収書は返却いたしません。

- 5.ご提出いただいた個人情報、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。

## インフルエンザ予防接種者名簿

記号番号	区分	氏名	接種日	接種費用
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入

助成金交付 決定並支出伺	決	常務理事	事務長	担 当	担 当	担 当
	裁					
助成金額		円	人 員	人	1人 当額	円

## インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて補助申請をするとともに、本申請にもとづく助成金の受領を下記の者に委任します。

申請日 令和 年 月 日

トーテックグループ健康保険組合 殿

申請代表被保険者 保険証記号番号 300 - 接種者数 人

申請代表被保険者 氏名 \_\_\_\_\_

※接種者が被扶養者の場合、その方の被保険者の氏名を記入。※被扶養者の方の署名は無効

委任されたものの

所在地 名古屋市西区名駅2-27-8

事業所名称 トーテックフロンティア株式会社

事業主氏名 代表取締役 松永 文明

### ●実施要項及び注意事項

- 1.接種対象期間 : 令和3年10月1日から令和4年1月31日接種分
- 2.申請締切 : 令和4年3月31日 (健康保険組合必着)
- 3.助成金額 : 被保険者・被扶養者とも3,000円を上限とした実費、年度内1回助成  
\* お子様など2回接種で3,000円到達の場合は、2回分をまとめて申請  
\* フルミスト (経鼻インフルエンザ生ワクチン) は助成対象外
- 4.添付書類 : 領収書の原本 (レシート不可)

※領収書には以下の記載が必要です。不備がある場合は補助できませんので、貼付け前に必ずご確認ください。(未記載事項がある場合、接種機関で訂正が必要です。)

- 1 いつ⇒接種年月日
- 2 どこで⇒医療機関名(受領印も押されていますか)
- 3 誰がいくらで⇒接種を受けた方の氏名とその方の接種費用
- 4 何をした費用か⇒インフルエンザ予防接種代であること

※領収書は返却いたしません。

- 5.ご提出いただいた個人情報、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。

## インフルエンザ予防接種者名簿

記号番号	区分	氏名	接種日	接種費用
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入

助成金交付 決定並支出伺	決	常務理事	事務長	担 当	担 当	担 当
	裁					
助成金額		円	人 員	人	1人 当額	円

## インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて補助申請をされるとともに、本申請にもとづく助成金の受領を下記の者に委任します。

申請日 令和 年 月 日

トーテックグループ健康保険組合 殿

申請代表被保険者 保険証記号番号 400 - 接種者数 人

申請代表被保険者 氏名 \_\_\_\_\_

※接種者が被扶養者の場合、その方の被保険者の氏名を記入。※被扶養者の方の署名は無効

委任されたものの

所在地 神奈川県川崎市幸区堀川町580番地

事業所名称 株式会社日本サーキット

事業主氏名 代表取締役 川原崎 明

### ●実施要項及び注意事項

- 1.接種対象期間 : 令和3年10月1日から令和4年1月31日接種分
- 2.申請締切 : 令和4年3月31日 (健康保険組合必着)
- 3.助成金額 : 被保険者・被扶養者とも3,000円を上限とした実費、年度内1回助成  
\* お子様など2回接種で3,000円到達の場合は、2回分をまとめて申請  
\* フルミスト (経鼻インフルエンザ生ワクチン) は助成対象外

#### 4.添付書類 : 領収書の原本 (レシート不可)

※領収書には以下の記載が必要です。不備がある場合は補助できませんので、貼付け前に必ずご確認ください。(未記載事項がある場合、接種機関で訂正が必要です。)

- 1 いつ⇒接種年月日
- 2 どこで⇒医療機関名(受領印も押されていますか)
- 3 誰がいくらで⇒接種を受けた方の氏名とその方の接種費用
- 4 何をした費用か⇒インフルエンザ予防接種代であること

※領収書は返却いたしません。

#### 5.ご提出いただいた個人情報、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。

## インフルエンザ予防接種者名簿

記号番号	区分	氏名	接種日	接種費用
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入



助成金交付 決定並支出伺	決	常務理事	事務長	担 当	担 当	担 当
	裁					
助成金額		円	人 員	人	1人 当額	円

## インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて補助申請をされるとともに、本申請にもとづく助成金の受領を下記の者に委任します。

申請日 令和 年 月 日

トーテックグループ健康保険組合 殿

申請代表被保険者 保険証記号番号 500 - 接種者数 人

申請代表被保険者 氏名 \_\_\_\_\_

※接種者が被扶養者の場合、その方の被保険者の氏名を記入。※被扶養者の方の署名は無効

委任されたものの

所在地 東京都新宿区西新宿2-1-1

事業所名称 株式会社 ソリューション・クルー

事業主氏名 代表取締役 藤原 礼征

### ●実施要項及び注意事項

- 1.接種対象期間 : 令和3年10月1日から令和4年1月31日接種分
- 2.申請締切 : 令和4年3月31日 (健康保険組合必着)
- 3.助成金額 : 被保険者・被扶養者とも3,000円を上限とした実費、年度内1回助成  
\* お子様など2回接種で3,000円到達の場合は、2回分をまとめて申請  
\* フルミスト (経鼻インフルエンザ生ワクチン) は助成対象外

#### 4.添付書類 : 領収書の原本 (レシート不可)

※領収書には以下の記載が必要です。不備がある場合は補助できませんので、貼付け前に必ずご確認ください。(未記載事項がある場合、接種機関で訂正が必要です。)

- 1 いつ⇒接種年月日
- 2 どこで⇒医療機関名(受領印も押されていますか)
- 3 誰がいくらで⇒接種を受けた方の氏名とその方の接種費用
- 4 何をした費用か⇒インフルエンザ予防接種代であること

※領収書は返却いたしません。

#### 5.ご提出いただいた個人情報、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。

## インフルエンザ予防接種者名簿

記号番号	区分	氏名	接種日	接種費用
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入
-	本人 ・ 家族		R 年 月 日	3,000円以上⇒ レ
			R 年 月 日	3,000円未満⇒ 実費記入

助成金交付 決定並支出伺	決	常務理事	事務長	担当	担当	担当
	裁					
助成金額		円	人員	人	1人 当額	円

### <退職後申請書> インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

インフルエンザ予防接種を行いましたので、助成金を申請します。

申請日 令和 年 月 日

トーテックグループ健康保険組合 殿

被保険者証記号番号 \_\_\_\_\_ 被保険者氏名 \_\_\_\_\_

※氏名は、被保険者氏名を記入してください。※被扶養者の方の署名は無効です。

電話番号 \_\_\_\_\_

(自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

助成金の振込先として被保険者名義の口座を記入してください（被保険者名義の口座のみ振込可能）。

振込希望の銀行名		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		フリガナ	
2. 当座			

#### ●実施要項及び注意事項

- 1.接種対象期間 : 令和3年10月1日から令和4年1月31日接種分
- 2.申請締切 : 令和4年3月31日（健康保険組合必着）
- 3.助成金額 : 被保険者・被扶養者とも3,000円を上限とした実費、年度内1回助成  
\*お子様など2回接種で3,000円到達の場合は、2回分をまとめて申請  
\*フルミスト（経鼻インフルエンザ生ワクチン）は助成対象外
- 4.添付書類 : 領収書の原本（レシート不可）

※領収書には以下の記載が必要です。不備がある場合は補助できませんので、貼付け前に必ずご確認ください。（未記載事項がある場合、接種機関で訂正が必要です。）

- 1 いつ⇒接種年月日
- 2 どこで⇒医療機関名(受領印も押されていますか)
- 3 誰がいくらで⇒接種を受けた方の氏名とその方の接種費用
- 4 何をした費用か⇒インフルエンザ予防接種代であること

※領収書は返却いたしません。

- 5.ご提出いただいた個人情報、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。



