

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

<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

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 999 - _____ 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。

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

