

予防接種補助金申請書

オカモト健康保険組合 殿

医師の予診を経て、下記の通り保険対象外の予防接種を行いましたので、領収書を添付(コピー不可)の上補助金を申請致します。

(注意)

①インフルエンザは10月より12月迄に接種し、翌年1月末日迄に組合に到着した申請についてのみ補助します。
②法律に基づき市区町村・学校が実施する予防接種は対象外です。但し、一部負担金がありましたらその額について補助します。
③補助金の支給限度額は一種に付2,000円です。超えた額は申請人の負担となります。

給付NO				令和	年	月	日	申請
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 (申請者) の氏名・印				
	現住所	〒						
	勤務先事業所名						所属コード	
	目的	1. 発病予防 2. 海外赴任・渡航 3. 医師の指示						
ワクチン の種類	インフルエンザ、麻疹、風疹、おたふく風邪、その他()							
接種を受けた者の氏名・続柄及び接種日	① 氏名	続柄		② 氏名	続柄			
	第一回 . . .	第二回 . . .		第一回 . . .	第二回 . . .			
医療機関名	③ 氏名	続柄		④ 氏名	続柄			
	第一回 . . .	第二回 . . .		第一回 . . .	第二回 . . .			
				接種に要した費用(領収書添付)				
				円				
委任状	本申請に基づく補助金の受領を			に委任します。				
事業所担当				令和 年 月 日				
	被保険者の 氏名と印			印				

※ 本申請により取得する個人情報取扱いは注意し、補助金の支払事務・統計・分析のみに利用致します。

支給決議書 (通知NO.)

伺				決 裁	支給決定額(円)		
執行							
申請額	支給限度額	表示	コード	台帳	記帳	入力	
①	②	2,000	国内	5.1.4			
③	④		海外				
支給可否	ア 接種・申請期限経過 イ 年度内同一種 重複	ウ 接種不要対象者 エ 申請対象枠内超過	職場集団接種の場合は、連名簿を添付して下さい。				