

インフルエンザ予防接種補助金申請書（被保険者一括分）

三菱健康保険組合 御中

申請日 令和 Y 年 1 月 20 日

記号 **8900** 事業所名 **〇〇株式会社**

事業主名 **三菱 健**

※太枠内に入力すると申請額が自動で入力されます

	接種金額	①人数	②接種費用総額【税込】（円）	③補助金申請額（円）
申請額	@2,000以上	10	33,000	20,000 ①×2,000円
	@2,000未満	3	5,700	5,700 ②と同額
	合計	13	38,700	25,700

《添付書類》

「インフルエンザ予防接種補助金【被保険者一括分 接種対象者リスト】」（組合指定様式）を添付してください。

- (2) 領収書 ※1人当たり単価、接種日およびインフルエンザ予防接種の費用であることが分かること。
領収書に記載がない場合は、別途確認できる書類(明細書等)を添付してください。
※A4用紙に貼付し、本申請書に添付してください。

[注意事項] 申請書を提出する前に必ずお読みください。

- 被保険者が接種したインフルエンザ予防接種費用について、集団接種など事業所が接種費用を負担した場合に申請してください。
※被扶養者および個人で接種された被保険者分は、個別申請用「インフルエンザ予防接種補助金申請書」を使用してください。
- 補助対象となる接種期間は当該年度9月1日~1月31日（接種分）までです。※期間外の接種は対象外です。
- 補助額は、1人当たり2,000円です。ただし、接種費用(税込)が2,000円に満たない場合は接種費用(税込)を補助します。
- 市区町村で公費助成がある場合は接種費用から助成額を差し引いた自己負担額にて申請してください。
- 申請期限は、**2月15日(土・日の場合はその前日)組合必着**です。 **※本申請書は1事業所につき1回のみご提出ください。**
- 本補助金の支払予定日は、3月31日です。
- 申請書類に記入された個人情報を接種医療機関へ開示し、接種事実の確認をする場合があります。