

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】

事業所記号

8900

【申請条件】

- ・ インフルエンザ予防接種の費用であること
- ・ 接種日が当該年度9月1日～1月31日までであること
- ・ 接種日時点で当組合の資格があること
- ・ 個別申請含め同一対象者の申請が重複しないこと

申請条件に合致しているか確認し、ご担当者氏名を入力してください。

○下記対象者は、申請条件をすべて満たしていることを確認しました。
(担当者氏名)

総務 太郎

※ 領収書貼付順に記入してください。領収書の右上余白にナンバーを振り、接種対象者ごとにそのNo.を記入してください。

No.	※ 領収書No.	健康保険の番号	接種対象者氏名	接種費用(税込)	
				2,000円以上	2,000円未満
1	1	5	** **	3,500	
2	1	310	** **	3,500	
3	1	18	** **	3,500	
4	1	20	** **	3,500	
5	1	22	** **	3,500	
6	1	160	** **	3,500	
7	2	201	** **	3,000	
8	2	3334	** **	3,000	
9	2	120	** **	3,000	
10	2	151	** **	3,000	
11	3	140	** **		1,900
12	3	2071	** **		1,900
13	3	45	** **		1,900
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
接種額合計				33,000円	
補助額合計				20,000円	5,700円

領収書の貼付順に右上余白に振ったNo.を記入してください。