

被扶養者の予防接種補助金申請書

きんでん健康保険組合御中

年 月 日

下記の通り予防接種を受けましたので、補助金の支給申請をします。

予防接種の種類（いずれかに○印を付し、その他の場合は種別を記入） インフルエンザ その他（ ）

被保険者所属(事業所)名	記号	番号	被保険者本人氏名	印

(個人情報取り扱いについて) 申請書に記載された個人情報は本人への連絡や補助金の支給のみに使用いたします。

予防接種を受けた者の氏名	予 防 接 種 年 月 日	予防接種で支払った費用	*支給決定額(組合記入欄)
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円

委任状 この補助金の受領を に委任します。 被保険者氏名 印

組合処理欄

受 付 印

支給決定合計額	常務理事	事務長	担当者	出 納	資格照合	決議入力日

【領収書貼付欄】 以下の点線内に糊付けしてください。(ホッチキス・セロテープは不可)

複数枚の場合は、申請書からはみ出さないように重ね付けしてください。(やむを得ない場合は裏面に貼付)

コピーや金額のみのレシートは不可。(残額を他の補助金申請で使用する際は領収書を分けるなどしてください。)

《予防接種費用は医療費控除対象外です》

申請時の注意事項 (以下の点に留意し、太枠線内に必要事項を記入のうえ申請してください。不備ある場合は受付不可。)

- 対 象 者 接種日に被扶養者である者(被保険者本人は対象外。但し、特例退職・任意継続は本人も対象となります。)
- 補助金額 被扶養者1名につき1年度内(4月1日から3月31日)2,500円(但し実費を上限とします。)
- 添付書類 医療機関発行の領収書(原本。宛名は予防接種を受けた者フルネーム)必要記載事項は以下のとおり。
 - ①予防接種の種別(インフルエンザ、おたふく風邪など)の明記があること ②予防接種を受けた日
 - ③医療機関名 ④支払った金額(複数人分同時発行の場合は但し書き欄等に、対象者別に要した費用が判るように記載されていること。)
- そ の 他
 - ①幼児等、2回式接種の場合は最後に合計額で申請してください。(分割して申請した場合、支給額と限度額の差額が残っていてもお支払致しません。)但し、2回目が次年度の場合は別々に申請してください。
 - ②補助金の申請書は接種日の属する年度の翌年度4月5日までに組合必着のこと。