

インフルエンザ	1人あたり実費上限額	¥2,000
予防接種補助金	補助対象人員	人
支給決議書	補助金支給額	

常務理事	係長	担当

\*上記は健保組合にて使用のため記入しないでください。

## インフルエンザ予防接種補助金請求書

しんくみ東海北陸健康保険組合理事長 様

令和 6年 12月 1日

事業所所在地 愛知県名古屋市中村区椿町3-21  
事業所名称 ○○○○ 信用組合  
事業主氏名 理事長 ○○ ○○ ⑧

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、インフルエンザ等予防接種補助金支給規程により補助金を請求します。

- ・実施年月日 令和 6年 10月 1日 ~ 令和 6年 11月 30日
- ・接種者数 合計 2人 (被保険者 1人, 被扶養者 1人)
- ・請求金額 4,000 円

インフルエンザ予防接種を受け負担致しましたので、しんくみ東海北陸健康保険組合に対する補助金の請求、受取りその他一切の手続きに関する権限を ○○○○ 信用組合 に委任致します。

記号	1013	氏名	印	記号		氏名	印
番 号	1234	健康 太郎	健康				
	1234	健康 花子	健康				

振込先	全国信用協同組合連合会 名古屋支店	口座番号	普通預金 12345	名義人	○○○○ 信用組合
-----	----------------------	------	---------------	-----	-----------

- \*この請求書には領収書(コピーの場合は原本証明したもの)を添付してください。
- \*領収書には①接種者名、②実施年月日、③自己負担額(インフルエンザ予防接種代と明記されていること)、④医療機関名が記載されていること。
- \*氏名が自署の場合は押印は不要です。