

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

□【領収書原本】写不可
1人2,500円までの実費を支給

申請期限：令和7年2月28日

被保険者(申請者)情報

被保険者証の 記号	<input type="text"/>	番号(右づめ)	<input type="text"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 日
--------------	----------------------	---------	----------------------	------	--	------------------------	------------------------	------------------------

氏名	フリガナ).....							
----	------------	--	--	--	--	--	--	--

住所	(〒 -)	都	道	府	県			
----	--------	---	---	---	---	--	--	--

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 (支店コード) 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="text"/> 1.普通	口座番号	<input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください)			口座名義は 被保険者名義のみ

申請内容

<input type="checkbox"/> 被保険者	氏名	接種日:	令和	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 日	支払額:	<input type="text"/>	円
<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)									
医療機関名:								

被扶養者 (家族)	氏名	接種日:	令和	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 日	支払額:	<input type="text"/>	円
医療機関名:								

被扶養者 (家族)	氏名	接種日:	令和	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 日	支払額:	<input type="text"/>	円
医療機関名:								

被扶養者 (家族)	氏名	接種日:	令和	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 日	支払額:	<input type="text"/>	円
医療機関名:								

被扶養者 (家族)	氏名	接種日:	令和	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 日	支払額:	<input type="text"/>	円
医療機関名:								

※注意事項

1. 領収書に《氏名》・《予防接種種類》・《接種日》・《接種医療機関の領収印》が必要です。
2. 領収書に【インフルエンザ予防接種】の記載がない場合は[診療明細書]を提出してください。
3. 接種日に資格のある加入者を対象として、1人1回の申請可。[4月1日以降接種のもの]

受付日付印