

常務理事	事務長	係

フジパングループ健康保険組合 理事長 殿

インフルエンザ・ワクチン接種補助金交付申請書

令和 年 月 日

被保険者証の 記号番号	一	利用者名	被扶養者(小学生以 下)に限る。
受 診 状 況	利 用 年 月 日	令 和 年 月 日	
	医 療 機 関		
	支 給 額	円	(限度額 2,500円)

上記のとおり、インフルエンザ・ワクチン接種しましたので、領収書の原本を添えて、助成金の支給を申請します。

被保険者	住 所 〒 -
	氏 名

尚、上記金額は、下記口座に振り込み願います。

金融機関名	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 労働金庫 <input type="radio"/> 農業協同組合
支 店 名	<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店
<input type="radio"/> 普通預金 <input type="radio"/> 当座預金	口座番号 No.
口座名義人	(カナ)

※必ず被保険者の名義であること。

添 書

フジパングループ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

上記の件よろしくお取り計らい下さい。

事業所名

代表者

注意事項

1. インフルエンザ・ワクチン接種の補助金対象者は被扶養者(小学生以下)であること。
2. 接種期間は10月～12月とし、申請期間は年度内(10月～翌年3月15日締切)とする。
補助金申請は、毎年度期間内(3月15日締切)を過ぎての申請は受け付けない。
3. 領収書の原本は必ず添付のこと。(接種者氏名・医療機関領収印必須・レシート不可。
【インフルエンザ接種代金】と確認できるもの。)
4. 助成金は2,500円を限度とする。(ただし、市町村からの助成を受けた場合は、助成額を除いた自己負担額を補助範囲内で補助します。)