

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	—	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

- 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。
- 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。
- 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。)
- 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。)