



組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥					

(様式第1号)

申請日：令和 年 月 日

東京都医業健康保険組合理事長殿

記号・番号	-	〒 ( - )
-------	---	---------

住所

被保険者名

日中のご連絡先

受診者名

(※複数名まとめて申請できます。)

※被保険者本人はこの用紙  
ではご申請できません。



※印鑑漏れ、記入漏れが無いかご確認ください。

### 令和4年度 インフルエンザ・ワクチン接種補助金交付申請書(被扶養者用)

インフルエンザ・ワクチン接種を下記のとおり実施いたしましたので、補助金の交付を申請します。

実施年月	令和 年 月分	総接種回数	回
------	---------	-------	---

別添報告書のとおり実施したことを証明いたします。 令和 年 月 日

所在地

実施医療機関名

代表者名

※実施医療機関名は、病院名・クリニック名までご記入ください。  
 ※立て替えてお支払いされた場合は、領収書(写し)が必要です。  
 また、領収書(写し)があれば、こちらの記載は不要です。

(ご担当者名： )  
 (ご連絡先： )

費用 振込銀行	銀行情報	銀行 金庫 信組 農協		本店(所) 支店(所)		預種 金別	普通・当座
		銀行コード		店番			
	フリガナ					口座名義	口座番 座号

(口座名義は金融機関への届け出の通りに記入してください。)

※ 補助金明細表をご記入の上、注意事項をお読みください。

# 補助金明細表

※接種費用が補助金限度額を上回った場合は自己負担が発生し、下回った場合は実際にかかった費用のみのお支払いとなります。

記号・番号	—
-------	---

	補助金限度額	総接種回数	金額	組合記入欄
インフルエンザ・ワクチン接種	1回 2,200円	回	円	

↳ 今回、申請する合計回数をご記載ください。

## ～ 注 意 事 項 ～

1. 補助金の申請は年度につき1人2回までです。(年齢制限はありません)
2. 2回接種される場合は、2回目接種後にまとめて申請してください。
3. 接種後はなるべくお早めに提出してください。

令和4年度の申請の提出最終締め切りは、令和5年4月7日組合必着です。

～締め切り後の申請はできません。万一、間に合わない場合はご相談ください～

## ～補助金請求に必要なもの～

- ①インフルエンザ・ワクチン接種補助金交付申請書
- ②補助金明細表
- ③インフルエンザ・ワクチン接種実施結果報告書
- ④領収書の写し(医療機関に全額支払った場合)

※組合より配布したものについては①と②は表裏一体となっております。

# インフルエンザ・ワクチン接種実施結果報告書

記号・番号	氏 名	生 年 月 日	接 種 日
-		S H R . .	R . .
		S H R . .	R . .
		S H R . .	R . .
		S H R . .	R . .
		S H R . .	R . .
		S H R . .	R . .
		S H R . .	R . .
		S H R . .	R . .
		S H R . .	R . .
		S H R . .	R . .

ご記入漏れなどがある場合は、お支払いまでにお時間をいただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。