

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

5001-

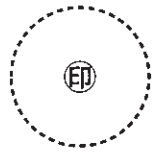
〒 (-)

[実施者区分]

住所

本人 家族

被保険者名



↑ 該当する方に○をしてください。

日中のご連絡先

※本人・家族はまとめて申請できません。

受診者名

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(任継用)

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)	預金別	普通・当座
		銀行コード	店番		
	フリガナ				口座番号
	口座名義				

(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。)

※印鑑漏れ、記入漏れが無いかご確認ください。

※ 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。

5001-

	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回です。(年齢制限はありません)
2. 今年度の途中に任意継続になられた方で、在職中に今年度の補助金の制度を利用されている場合は助成の対象になりません。
3. 実施した月の翌月末まで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。