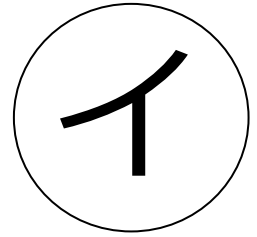


※組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥					



(様式第1号)

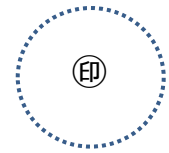
申請日：令和 年 月 日

東京都医業健康保険組合理事長 殿

記号・番号	-
-------	---

〒 (-)

住 所



※被保険者本人は、この用紙
では申請できません。

被 保 険 者 名

ご 連 絡 先

受 診 者 名

(※複数名、まとめて申請できます。)

令和6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	印
※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。	ご担当者名： ご連絡先：

費用 振込銀行	金融機関	銀行 金庫 信組 農協		本店(所) 支店(所)		預 金 別 種 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とおりに入力してください。)

※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回接種される場合は、2回目接種後にまとめて申請し、お早めにご提出ください。

※令和6年度実施分の最終提出期限は、令和7年4月5日組合必着です。

～締め切り後の申請はできませんので、ご注意ください～

【提出先】〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地 東京都医業健康保険組合・健康推進課

※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

記号・番号	—
-------	---

※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生じた費用のみをお支払いします。

	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」をご記入ください。

～補助金申請に必要なもの～

- 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（※個人口座へ振込を希望される場合は、添付が必須です。）
 - 組合より配布したのものについては、①と②は表裏一体となっております。

■実施医療機関での証明は、領収書(コピー可)があれば不要です■

※その場合、「**インフルエンザ・ワクチン接種代**」と領収書に記載があることが必要です。

※実施医療機関から「予防接種」や「ワクチン接種」など、**インフルエンザの記載がない領収書を**交付された場合は、**インフルエンザとわかるゴム印などを押してもらってください。**

