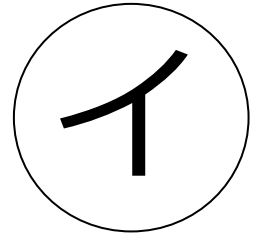


※組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥					



(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

事業所記号(4桁)	
-----------	--

〒 (-)

[実施者区分]

所在地

本人	家族
----	----

事業所名

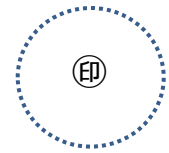
↑該当する方に○をしてください。

事業主名

※本人・家族はまとめて申請できません

ご担当者名

ご連絡先



※印鑑漏れ、記入漏れが無いかがご確認ください。

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(事業所用)

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



※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 フリガナ 口座名義	銀行 金庫 信組 農協			本店(所) 支店(所)		預金種別 口座番号	普通・当座
		銀行コード			店番			

(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、被保険者及び被扶養者のすべての方が対象です。
- ※実施した月の翌月末までに事業所ごとでとりまとめて提出してください。
- ※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

補助金明細表

事業所記号 (4桁)	
---------------	--

※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（※事業所が実施医療機関へ、全額支払いをした場合。）
- 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。

