

様式3

常務理事	部長	課長	係長	係

インフルエンザ予防接種補助金請求書

令和 年度

令和 年 月 日

千葉県医業健康保険組合 様

事業所所在地

事業所の名称

事業主の氏名

(印)

電話番号

担当者氏名

※電子申請(KOSMO Webによる)の場合は、押印不要

下記のとおりインフルエンザ予防接種を実施したので請求いたします

※決定欄には記入しないでください

種 目	件 数	単価(一人当たりの金額)	小 計	合 計
インフルエンザ予防接種	件	円	円	円
※ 決 定 欄	件	円	円	円

補助金振込口座	銀行							支店
種 別	普通	・	当座	口座番号				
(フリガナ)								
口座名義								

◎振込口座は、事業所(主)口座をお願いいたします

◎補助金額 一人当たり定額2,000円

▶ 市区町村等から一部費用を助成された場合において、自己負担額(助成された額を差引いた額)が2,000円未満のときは、その額を補助金の額とする

◎添付書類

- ・個人で予防接種を受けた場合は、領収書(写しでも可)
- ・事業所内で職員に実施した場合は、ワクチン購入のわかる納品書・仕切書などの写し

※電子申請の場合は、添付書類は不要です

◎その他については「請求時提出書類等について」をご確認ください

受付日付印

インフルエンザ予防接種補助金請求明細書

事業所記号

項番	証番号	被保険者氏名	性別	実施年月日	備考
1					
2					
3					
4					
5					