アイシン健康保険組合　行き

健保使用欄			
常務理事	事務長	係長	担当

２０２２年度

インフルエンザ予防接種補助金請求書

申請期間　２０２２年１０月１日～２０２３年２月１５日（健保必着）
接種期間　２０２２年１０月１日～２０２３年１月３１日

	保険証記号・番号		氏　名	事業所名および部署名	
被保険者	記号 ○○	番号 ○○○○	アイシン　太郎 （アイシン印）	事業所名 ○○○株式会社	部署名 ××部△△課
	住所	〒４４４－９９９９ 愛知県○○市××町１丁目△番地 電話（　０５６６　）　９９　－　××××			

被扶養者	氏　名	生年月日 対象1歳～小学6年生 (2010.4.2～2022.1.31生迄)	性別	医療機関名	接　種　日 ２回接種の場合は１回分のみ補助	接種金額 （１回分の金額）
	アイシン　次郎	○○○○年○○月○○日	男・女	◎◎医院	○○○○年○○月○○日	3，500 円
		年　月　日	男・女		年	円
		年　月　日	男・女		年	円
		年　月　日	男・女		年　月　日	円

接種日（領収書発行日）を記入

1人／1回分の接種金額を記入

補助金振込先	
【振込予定日】　２０２３年３月２２日（水）	
【振　込　先】　給与口座　または　会社指定口座　へ振込みます。	
退職などで、給与・会社指定口座がない場合は下記に記入	
銀行・信金	預金種別　普通預金　・　当座預金
金融機関コード（　　）　支店コード（　　）	

記入不要
※退職などで給与口座や会社指定口座がない場合にのみ記入

注意事項

①この請求書に医療機関発行の**インフルエンザ予防接種と明記された領収書**又は明細書の原本を必ず添付して、提出してください。
※添付がない場合は補助できません
②「接種補助券（又は補助金申請書」を使用しての重複補助は致しません。
重複していた場合は、健保補助額を返金して頂きます。
③資格喪失や、対象者以外の方が請求された場合は補助しません。

健保受付印

ここに医療機関の領収書の原本を添付し提出

レシートでも構いませんが、その場合は
接種者名・医療機関名が記載されている
ものを添付してください。