

決議 年 月 日

常務理事	事務長	担当

支給金額	円
------	---

(算出基礎)

受 付	支 払

ID番号 (7桁)

被保険者証 記号 番号

所属部署

被保険者氏名

インフルエンザ予防接種補助金申請書

接種日	接種者氏名(被保険者限定)	医療機関名	接種料金(税込)
/ /			円

領収書 (原本) 添付欄

支給基準等 注意事項

- ① 伊藤ハム米久健康保険組合の被保険者 (被扶養者は除く) が補助対象となります。
- ② 1シーズンに1回 3,500円 (税込) まで 補助をします。
(3,500円 (税込) 未満は実費額を補助)
※2回接種される場合でも1回目か2回目かいずれかしか請求できません。
- ③ 接種日は 10月1日から12月31日まで が対象となり、その申請を 翌年1月20日 まで に提出することが補助の条件となります。
条件を満たした場合に、2月分給与 にて補助いたします。
(2月分給与が支給されない場合には、最終給与振込口座へ振込みます。)
- ④ 市区町村で公費助成がある場合は、接種費用から助成額を差し引いた自己負担額にて申請してください。
- ⑤ 以下の内容記載の 領収書原本の添付 が必要です。
(予防接種済証や診療明細書のみの添付では不可)
 - ・接種日
 - ・接種者氏名 (フルネーム)
 - ・実施医療機関名・医療機関の領収印
 - ・ただし書き部分が『インフルエンザ予防接種代』となっているもの。
(『予防接種代』だけでは不可)