

# インフルエンザ予防接種補助申請書(続紙)

令和 年 月 日

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

所属の事業所名称(薬局名)

予防接種を受けた被保険者	氏名	接種日	医療機関名称	予防接種費用
	1	令和 年 月 日		
	2	令和 年 月 日		
	3	令和 年 月 日		
	4	令和 年 月 日		
	5	令和 年 月 日		
	6	令和 年 月 日		
	7	令和 年 月 日		
	8	令和 年 月 日		
	9	令和 年 月 日		
	10	令和 年 月 日		
	11	令和 年 月 日		
	12	令和 年 月 日		

- 申請には「領収書原本(氏名、日付、医療機関名、但し書き、金額が明記されたもの)」を添付してください。
- 補助額は、被保険者1人につき1,500円、ただし1,000円未満で接種した場合は補助対象外とし、補助額に達していない場合は実費を補助します。
- インフルエンザ予防接種補助は被保険者1人につき「10月1日～1月31日まで」の期間内1回のみとします。
- 補助金の振り込みは申請書にご記入いただいた口座に振り込みいたします。振込の完了をもって通知と替えさせていただきますのでご了承ください。
- 記入欄が足りない場合は別途「インフルエンザ予防接種補助申請書の続き用紙」をご使用ください。
- 申請は翌年度の4月30日までに**本部事務局**へお願いいたします。