

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

記号番号は正確にご記入ください

被接種者	被保険者記号番号	氏名		接種医療機関名	接種日	接種費用
	—	①			令和 年 月 日	円
	—	②			令和 年 月 日	円
	—	③			令和 年 月 日	円
	—	④			令和 年 月 日	円
	—	⑤			令和 年 月 日	円
	—	⑥			令和 年 月 日	円
	—	⑦			令和 年 月 日	円
接種期間		当該年度 10 月 1 日～翌年 2 月末				
補助金額		1,000 円(1 人実施期間内 1 回に限る)				
提出期間		当該年度 11 月 1 日～3 月 31 日消印分迄				
提出方法		本申請書と領収証(コピー可)を院内全接種分取り纏め正組合員より提出				
接種を証する書類		<p>領収書は下記①～⑥の記入が必要です。</p> <p>①被接種者の氏名 ②接種年月日 ③接種費用 ④医療機関名 ⑤医療機関印(領収印)</p> <p>⑥領収証の但し書には必ずインフルエンザ予防接種代と明記されていること。</p> <p style="text-align: center;">(予防接種代、ワクチン代は不可)</p> <p>※添付書類は領収書以外認められません。(接種済証明書は不可)</p> <p>※領収書名は被接種者の個人名でお願いします。(歯科医院名では不可)</p>				
<p>上記のとおり申請致します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">正組合員 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>						

◆振込について

※愛知県医療信用組合以外の金融機関に振込を希望される場合は、**補助金額から振込手数料を差し引いて振込み**ます。

愛知県医療信用組合の口座に振込む場合				愛知県医療信用組合以外の口座に振込む場合			
愛知県医療信用組合本店				振込先金融機関名	銀行 信組 信金 農協 ゆうちょ銀行		
口座番号	普通			店名	店	店番	
フリガナを必ず記入して下さい 口座名義人氏名	フリガナ			口座番号	普通 当座 貯蓄 その他 ※上記いずれか○で囲って下さい		
					フリガナを必ず記入して下さい 口座名義人氏名	フリガナ	

※医療信用組合に振込を希望される場合もご記入が必要です