

←領収書とめ箇所（クリップまたはホチキスで表面にとめてください）

記入例なので、
ここにはとめないでください。

令和5年度 インフルエンザ 補助金申請書

記入例

OTG健康保険組合 御中

提出日：令和 年 月 日
★提出期限：令和 6 年 1 月 5 日 (金)必着

予防接種時の領収書（原本）を左上にとめて、以下のとおり申請します。

※太枠内にご記入ください。

健康保険被保険者証 保険証の氏名の上にある記号・番号を記入		被保険者氏名（社員ご本人）	
記号	番号（左づめで記入）	健保太郎	
1 0 - 1	2 3 4 5 6		
会社名・所属 (任意継続の方は不要)	会社名：○○○○○株式会社 所属：○○○○店	TEL	(日中の連絡先) 申請内容や口座確認時使用 090-1234-5678
自宅住所 (不備の際、返送先)	〒123-4567 ○○府○○○市○○○町○丁目○○-○○		

小学生以下の使用欄

(注)被接種者氏名（フルネーム）	生年月日	実施日①	実施日②	支払金額
健保 花子	昭和 平成 55年 2月 3日	11月 20日	月 日	3,500 円
健保 花美	昭和 平成 16年 8月 9日	11月 20日	12月 15日	7,000 円
	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	円
	平成 令和 年 月 日	月 日	月 日	円
	平成 令和 年 月 日	月 日	月 日	円
インフルエンザ予防接種料合計（支払金額の合計）				10,500 円

※領収書またはレシートの原本（どちらの場合も下記「必須項目」が記載されているもの）を必ずご提出ください。

《必須項目》

- ①被接種者氏名（フルネーム）：領収書に支払者氏名が記載されている場合は、被接種者氏名をその下に追記してもらうこと。
- ②接種内容：「インフルエンザ予防接種」が記載されていること。
- ③接種年月日
- ④支払金額
- ⑤医療機関名
- ⑥医療機関の印（押印がない場合は、なくても結構です）

必ずどちらかに
マルをつけて
ください

(注)被保険者（社員ご本人）は、補助金の申請対象とはなりません。
被扶養者が対象です。

(説明) 健保からの補助は 2,000 円 1 回を限度とします。(2回接種去の場合も合算して 2,000 円を上限に支給します。)
2,000 円未満は実費を補助。

補助金額（申請者がご記入ください）	4,000 円
-------------------	---------

(1) ホームページから、インフルエンザ予防接種補助金申請書を印刷してください。

(2) 申請書に必要事項をご記入・ご捺印のうえ「領収書原本」を添付して、OTG健康保険組合に郵送か社内メールでご提出下さい。

※事業所経由で給与振込により、令和 6 年 3 月の給与に補助金をお支払します。

(個人情報の取り扱い) この申請書に記載の個人情報は、インフルエンザ予防接種補助金支払い事務のみに使用します。