

## 任意継続被扶養者対象

# 令和5年度 インフルエンザ予防接種 補助金申請書

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一番号を記入		被保険者氏名（任意継続の本人）	
記号	番号（左づめで記入）	TEL	
—			
任意継続		TEL	
自宅住所 （不備の際、返送先）		〒	

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	※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）
	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	円	
	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	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）				円	

(注)任意継続被保険者(本人)は、補助金の申請対象とはなりません。  
任意継続被扶養者は対象です。

(説明) 健保からの補助は2,000円1回を限度とします。(2回接種重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）	円
-------------------	---

フリガナ					
口座名義人	被保険者本人（任意継続ご本人）の名義とします				
金融機関	フリガナ	銀行 信用組合 信託銀行 労働金庫 信用金庫 農協		支店出張所店名	預金種目
	金融機関コード 〔インターネットで検索できます〕	支店コード(店番)		普通	口座番号

被保険者（任意継続ご本人）の銀行口座を指定してください。

(注) 記入漏れがあると、振込ができなくなります。

※ゆうちょ銀行を指定いただく場合は、必ず振込用の店名（漢数字3桁）・預金種目・口座番号をご記入ください。

三井住友銀行より振込のため、ゆうちょ銀行の「記号（5桁）」「番号（8桁）」では振り込むことができません。

（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。