

←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。

任意継続の申請対象

# 令和5年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

## 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（任意継続の本人）	
記号	番号（左づめで記入）	健保 太郎 <span style="float:right">健保印</span>	
1 0 - 1 2 3 4 5 6			
任継不要	任意継続	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 〇〇府〇〇〇市〇〇〇町〇丁目〇〇-〇〇		

小学生以下の使用欄

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55年2月3日	11月20日	月 日	3,500 円
健保 花美	昭和16年8月9日	11月20日	12月15日	7,000 円
	昭和 年 月 日	月 日	月 日	円
	平成 年 月 日	月 日	月 日	円
	平成 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】

- 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。
- 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。
- 接種年月日
- 支払金額
- 医療機関名
- 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）任意継続ご本人は、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
-------------------	---------

フリガナ	ケンポ タロウ		フリガナ含め 口座情報は全て ご記入ください
口座 名義人	被保険者（任意継続ご本人） 名義とします		健保 太郎
金融 機関	フリガナ	三井住友	ドウジマ
		銀行 信用組合 信託銀行 労働金庫 信用金庫 農 協	堂島 支店 出張所 店名
	金融機関コード （インターネットで）	0 0 0 5	支店 コード （店名）
			3 1 1 普通
			1 2 3 4 5 6 7

インターネットで「銀行コード」  
を検索すると分かります。

預金通帳の「店番」または「支店」のコードを  
記入してください。ゆうちょ銀行は「店番」

※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）と預金種目・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。