←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）

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－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）		㊞ （氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要）
―			
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
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
	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

※**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）

（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。

補助金額（申請者がご記入ください）	円

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

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			預金種目	口座番号
	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		
	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	

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）記入漏れがありますと、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。

←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

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　健保印 （氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要）
10－12	3456	
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 ○○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

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。

※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）

補助金額（申請者がご記入ください）	4,000 円

（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。

フリガナ	ケンポ　タロウ				
口座名義人	被保険者（任意継続ご本人）の名義とします　健保　太郎				
金融機関	フリガナ　ミツイスミトモ	ドウジマ		預金種目	口座番号
	三井住友　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） 0005	支店コード（店番） 311		普通	1234567

フリガナ含め口座情報は全てご記入ください

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」

被保険者（ご本人）の方）の銀行口座　　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。