

令和5年度 インフルエンザ補助金支給申請書（給与立替払用）

※補助金支給対象者は、アイフル健保の保険証をお持ちの被保険者(本人)および被扶養者(家族)です。

※[予防接種費用]の欄には、病院窓口で実際に支払った金額(消費税込)を記入してください。

※補助金額は1人当たり2,000円を上限とする実費です。

※保険証記載の記号番号、所属会社・所属先の記入を忘れないようお願いします。

<送付・お問い合わせ先>

〒600-8420 京都市下京区烏丸通五条上高砂町381-1 アイフル健康保険組合 Tel:075-353-0211

保険証の記号・番号	—	申請年月日	年	月	日
被保険者氏名		TEL			
所属会社・配属先	TEL:				
予防接種を受けた者	フリガナ	続柄区分	本人	・	家族
予防接種費用(税込)	円 (1回分 ・ 2回分)				

※この用紙は、予防接種を受けた方1人につき1枚ご提出ください

※のりしろの位置に領収証【原本】を貼付してください

※診療費明細書や接種証明書等、領収証原本以外のものは貼らないでください

<貼付前にご確認ください>

・領収証原本が複数枚ある場合は、1枚ずつ位置をずらして貼付してください。

・乳幼児等、2回接種が必要な方は、2回目の接種後に申請ください。

・領収証は予防接種を受けた方の氏名(フルネーム)記載が必須です。

・領収証の但書または備考欄に「インフルエンザ予防接種代」の記入と記入者[㊟]をもらってください。(内訳の分からないレシート形式の場合は必須)

・氏名及び但書の記載がない領収証については補助金の支給ができません。

・領収証サイズが大きく、ここに貼付できないときは裏面に貼付してください。

・領収証は返却できません。

■接種対象期間:令和5年10月1日～令和6年1月末日まで

■申請締切日 :令和6年2月14日(水)消印有効

のりしろ

備考欄

※以下は記入不要です			
支給決定額	事務長	入力日	担当