

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証	記号		被保険者氏名		⑩
	番号				
受診者氏名			続柄	本人・被扶養配偶者	

- ※ 補助金申請は当年10月1日から翌年1月31日までに予防接種したものに限りません。
- ※ 申請期限は予防接種期間の終了の翌月末(2月末日)までとします。
- ※ 被保険者及び被扶養配偶者が対象となります。
- ※ 医療機関の領収書には受診者氏名・インフルエンザ予防接種であること・接種年月日・医療機関名が記載されていること。
- ※ 領収書の返却は原則致しません。

医療機関の領収書原本を貼り付けて下さい。