裏面 に領収書をのり付けしてください。
複数枚添付の場合は少しずつ重ねて貼ってください。

(様式第1号)

インフルエンザ予防接種補助金申請書 (特退・任継専用)

対象接種期間：2024年10月1日～2024年12月31日

申請書類提出期限：2025年1月31日 必着

健康保険証	記号	被保険者氏名	印
	番号		
実施人数	人	補助申請合計額	円

【申請内訳】(1名の場合もご記入ください)

接種者氏名	性別	生年月日	続柄	接種した日		補助申請額 ※4,000円を超える場合は4,000円と記入 ※4,000円未満の場合は実費を記入
				(対象日10.1～12.31)		
		昭平令		令		円
		昭平令		令		円
		昭平令		令		円
		昭平令		令		円
		昭平令		令		円
		昭平令		令		円
合計						円

【補助内容】

- ① 補助の対象は、予防接種時に大和証券グループ健康保険組合の被保険者及び被扶養者である人
- ② 補助額は、年度当たり、1人1回4,000円を限度とし、4,000円未満はその実費相当額
- ③ 対象期間は**2024年10月1日から12月31日接種分まで**
- ④ 申請の受付期限は**2025年1月31日必着**です。
これ以降の申請は受付できませんので、期限にご留意ください。

【申請・支払方法等】

- ① この申請書に領収書を貼付して、健康保険組合へ申請してください。
領収書は、この申請書の裏面にのり付けしてください。
- ② **1家族1枚の申請書に記載してください。(複数回・複数枚での提出は不可)**
2回接種法(13歳未満に限る)の場合は2回目の接種終了後に世帯分まとめて1回でご請求ください。
- ③ 領収書は必ず「**接種者氏名・接種者ごとの金額**」と「**インフルエンザ予防接種費用である旨**」が明記されているものを提出してください。記載が無い場合は、記載のある「**接種済書**」も添付してください。
- ④ 2～3ヵ月後にご登録いただいている口座へ振り込む予定です。