

(被保険者用)

インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、助成金の交付を申請します。

山口県自動車販売健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者 被保険者等記号—番号 _____

住 所 : _____

氏 名 : _____

接種者氏名	続柄	接種者氏名	続柄	接種者氏名	続柄

助成金の受領の委任(受領は勤務事業所への委任となります。)

委任状

この助成金の受領を事業主に委任します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____

* 領収書添付欄 「ここに領収書を貼ってください。」

「注意事項」

1. 接種を受けた方の氏名、医療機関の名称および接種年月日が記載された**領収証**を添付してください。
2. 領収書が添付されていない場合、助成金が支給されませんので必ず添付してください。
3. 10月1日より1月末までに接種された方は、2月末までに事業所に助成金の申請をしてください。
4. 他の制度（市町のインフルエンザ助成制度等）より助成を受けられる方は対象となりません。