

予防接種補助金申請書

	事務局長	課長	係長	係	
補助金申請金額	※申請人数＝総健保請求者数－非共済組合員数 ※申請人数				課長
¥ _____	¥ _____ × _____ = _____				
以下のとおり予防接種を実施したので、補助金を支給願います。					係長 現業長
_____年 _____月 _____日					
会社名：		代表申請者名		印	係
実施日	～	_____年 _____月 _____日 _____年 _____月 _____日	医療機関名		
健保請求日	_____年 _____月 _____日				
受付日			支払日		

- (注) **1. 補助金額は、組合員1人当り上限1,000円(税抜)とした実費額です。**
※「実費額」とは医療機関への実支払額から西南健保補助金額を控除した金額をいいます。
 ※西南健保組合員であっても非共済組合員は対象外となりますのでご注意ください。
2. 接種方法(1回法・2回法)に拘らず補助対象は年度内1回限りです。
- 3. 医療機関発行の領収証または請求書を必ず添付して下さい(写し可)。**
4. 補助金の支給は会社宛に振込む方法によります。現金での支給は行いませんのでご注意ください。
5. 本補助の対象は会社単位且つ西南健保組合に対し補助申請を行う集団実施です。
6. 以下の書類を添付して下さい。
 (1) 西南健保組合宛提出の「インフルエンザ予防接種補助金請求書」の写し
 (2) 予防接種実施者名簿(共済組合員番号順に記載して下さい)
7. 代表申請者は各社の健保担当課長職以上として下さい。