



インフルエンザ予防接種 補助金申請書(被扶養者用)

- この申請書は、1世帯ごとです。必ず、医療機関証明欄に記入のうえ、健保事務担当者に提出して下さい。
ただし、医療機関の証明がない場合は、インフルエンザ予防接種代明記の領収書の添付が必要です。
- 2回接種の場合は、2回接種後に申請して下さい。
- 補助対象者は、令和4年4月1日現在18歳以下で、接種時満1歳以上の被扶養者。
ただし、市町村の助成がある場合は健保補助の対象外です。例えば、市町村の助成が1回接種のみの場合は、2回目のみ当健保が助成します。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	—	被保険者住所			
	事業所名		被保険者氏名			
	予防接種を受けた被扶養者					
	氏名	H・R	年	月	日生	歳 続柄 接種回数 回
	氏名	H・R	年	月	日生	歳 続柄 接種回数 回
	氏名	H・R	年	月	日生	歳 続柄 接種回数 回
	氏名	H・R	年	月	日生	歳 続柄 接種回数 回
	実施医療機関	名称	所在地			
	令和 年 月 日 上記のとおり申請いたします。 茨城県農協健康保険組合 理事長 殿					
	補助金振込先	※健保組合に登録した口座に振り込みします。				

医 療 機 関 証 明 欄	予防接種者	接種回数	領収額	市町村公費助成(※)	補助額(健保記入欄)
	氏名	1回目		有・無	円
		2回目		有・無	円
	氏名	1回目		有・無	円
		2回目		有・無	円
	氏名	1回目		有・無	円
		2回目		有・無	円
	氏名	1回目		有・無	円
		2回目		有・無	円
	(※)市町村から公費助成がある場合は「有」、全額自費の場合は「無」に○をつけて下さい。				
令和 年 月 日 上記のとおり予防接種を実施したことを証明いたします。					
医療機関の	住所 名称	(印)			