「Ｂ方式」インフルエンザ予防接種補助金請求書

民間放送健康保険組合　理事長　様

下記のインフルエンザ予防接種を実施したので、補助金を請求します。

事業所名

事業主名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | インフルエンザ予防接種 | ※決　定　額 | 備　考 |
| 実施人数 | 実費 |
| 被保険者 | 人 | 円 | 円 |  |
| 被扶養者 | 人 | 円 | 円 |  |
| １３歳未満の被扶養者 | 人 | 円 | 円 |  |
| 合　　　計 | 人 | 円 | 円 |  |

※決定額欄は、記入しないでください。

１．予防接種の補助金は、年度内1人１回が限度に（但し、1回目を13歳未満で接種の場合、2回まで）補助金を支給いたします。なお、Ａ方式により予防接種した場合は、Ｂ方式での補助金の請求はできません。

２．この請求書には、「インフルエンザ予防接種個人別内訳報告書」と領収書(写)を添付願います。

３．インフルエンザ予防接種の実施人数と実費を記入のうえ、請求してください。

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

民間放送健康保険組合