

ゴールドウィン健康保険組合殿

決 裁 日	令和 年 月 日			
支 払 日	令和 年 月 日			
常務理事	担 当	担 当	担 当	支 給 金 額
				円

インフルエンザ予防接種補助金申請書

※太枠内ボールペンにてご記入ください

提出日 年 月 日

保険証の記号 番号

氏 名

下記のとおりインフルエンザ予防接種料を支払いましたので、領収書(原本)を添付のうえ
申請いたします。

記

接 種 者 氏 名	続柄	接種回数	接種した日	支払った金額	補助金申請額
		回目	／ ／	円	円
		回目	／ ／	円	円
		回目	／ ／	円	円
		回目	／ ／	円	円
		回目	／ ／	円	円
		回目	／ ／	円	円
		回目	／ ／	円	円
		回目	／ ／	円	円
				補助金額合計	円

- ・接種者1名につき4,000円まで、13歳未満は年2回、8,000円まで補助いたします。
- ・領収書は原本(コピー不可)を添付願います。【貼り付けせず、ホッチ等でとめてください】
(「医療機関名」「インフルエンザ予防接種」「接種者氏名」を明記のこと)
- ・ご家族まとめて申請願います。(申請書の提出は期間中1回のみです)
- ・補助金は2月分給与に振込みします。(振込通知は行いません)
- ・申請書提出最終締切日は2025年2月3日です。
- ・ご記入いただいた個人情報は、補助金の支払および集計にのみ利用させていただきます。