

ゴールドウイン健康保険組合殿

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

※領収書もしくは診療明細書に「インフルエンザ予防接種」と明記されていることを確認してください。明記がなければ病院窓口にて記入してもらってください。

### インフルエンザ予防接種補助金申請書

※太枠内ホールペーンにてご記入ください

提出日 2024 年 12月 20 日

保険証の記号 1 番号 9999

氏 名 健保 太郎

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
健保 太郎	本人	1 回目	2024/10/20	3,500 円	3,500 円
健保 花子	妻	1 回目	2024/10/20	4,500 円	4,000 円
健保 小太郎	長男	1 回目	2024/10/20	4,500 円	4,000 円
健保 小太郎	長男	2 回目	2024/11/20	4,500 円	4,000 円
		回目	/ /	円	円
		回目	/ /	円	円
		回目	/ /	円	円
		回目	/ /	円	円
				補助金額合計	15,500 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。