

予防接種補助金交付申請書

年 月 日

住友倉庫健康保険組合理事長 殿

事業所名 (株)住友倉庫 店・部

健康保険証 記号 - 番号 203-

社員コード 被保険者名 印

次のとおり予防接種を受けましたので、補助金の交付を申請します。

接種者氏名	性別	続柄	医療機関名	接種年月日	接種費用
	男・女			年 月 日	円
	男・女			年 月 日	円
	男・女			年 月 日	円
	男・女			年 月 日	円
	男・女			年 月 日	円
	男・女			年 月 日	円
合 計					円

※領収書（正）を添付してください。（健康保険扱いの自己負担分は請求できません）

※補助金の支給は一人1年度1回1種類、上限5,000円です。
各種予防接種補助対象です。インフルエンザワクチンに限定しません。

ただしインフルエンザワクチンの予防接種において、接種回数が2回と定められている子どもについては、2回分両方の領収書をまとめて添付して申請することにより1回の申請とみなします。

※申請はできる限り世帯分をまとめて提出してください。

補助金支給決定額	常務理事	事務長	係 員
円			