インフルエンザ予防接種 補助金申請書

デサント健康保険組合理事長　殿

下記のとおり申請いたします。

※ 世帯分まとめて一度に申請ください。

			①申請日	令和　　年　　月　　日
被保険者	②記 号		③番 号	
	④氏 名		㊞　（ｼｬﾁﾊﾀ可）	
	⑤生年月日	昭和　平成　令和　　年　　月　　日		
⑥振込先 ※被保険者名義に限ります。		銀行　・　信用金庫　　支店		
		（銀行ｺｰﾄﾞ）		（支店ｺｰﾄﾞ）
	普通預金	口座番号		
	口座名義	（ｶﾀｶﾅで記入）		

※ 接種した方、全員分ご記入ください。

	⑦接種者氏名	⑧続柄	⑨接種金額	⑩接種日
本人			円	令和　　年　　月　　日
家族（被扶養者）			円	令和　　年　　月　　日
			円	令和　　年　　月　　日
			円	令和　　年　　月　　日
			円	令和　　年　　月　　日

⑪ **領収書（原紙）を裏面にのり付けしてください。**　（紛失防止のため必ずお願いします。）

※ 領収書は個人名（フルネーム）で、ご利用者すべての氏名を明記してください。

※ 但書に「インフルエンザ予防接種代金」と明記してください。

【補助金額】	■ 被保険者：１人 2,000円（市区町村から補助がある場合は対象外です。） ■ 被扶養者：１人 1,000円（　　〃　　）
【接種期間】	■ 10月1日～1月末日まで
【申請期間】	■ 10月1日～2月末日まで　（申請期間後に届いたものは補助金対象外です。ご注意ください。）
【送 付 先】	■ デサント健康保険組合　〒556-0017 大阪市浪速区湊町1-2-3 マルイト難波ビル13階
【支 払 日】	■ 毎月月末までに健康保険組合へ届いた分について内容の確認を行い、翌月末日（金融機関が休日等の場合は前営業日）にご希望の口座（被保険者名義）に振込みます。 ■ 「支給決定通知書」によるお知らせはありません。通帳への記帳によりご確認ください。

※健保記入欄

補助金額		円