

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

## 令和 3 年度 インフルエンザ予防接種補助金請求書

下記のとおり、インフルエンザ予防接種補助金を請求いたします。

請求額 14,000 円

令和 3 年 12 月 20 日

事業所記号	50
-------	----

事業所所在地 大阪市北区〇町 〇-〇-〇

事業所名称 丸紅〇〇×× 株式会社

( 健康保険事務担当者: 健保 〇子 )

実施時期	令和 3 年 12 月 1 日 ~ 令和 3 年 12 月 15 日	
実施医療機関 ※複数の機関で実施した 場合は主たる実施機関	所在地	大阪市北区〇〇町 1-2-3
	名称	〇〇〇〇クリニック ほか

請求者氏名	番号	氏名	本家区分	接種回数	支払実費額	備考
	100	連合 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	3,600 円	
	100	連合 花子	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	3,600 円	
	150	組合 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	2,500 円	
	150	組合 幸子	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	2,500 円	
	150	組合 健太	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 1回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回	4,000 円	
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	円	
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	円	
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	円	
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	円	

- 【注意事項】
- 請求書には、領収書(原本)を添付してください。
  - 2回接種を受けた方は、その合計額を支払実費額欄に記入してください。
  - 補助金支給額は、1人当たり3,000円を上限額(年度内1回限り)とします。  
なお、上限額に満たない場合は、実費額とします。
  - 請求者が多い場合は、別紙を添付してください。