インフルエンザ予防接種
補助金支給申請書

補助金の申請対象は被保険者のみです。

記　　号	
申請人数	名

支給決定人数 （※健保組合使用欄）	名
支給決定金額 （※健保組合使用欄）	円

振込先　　(事業所の口座)				
金融機関名		銀行		本店
		信金		支店
		信組		営業部
口座番号	普通　・　当座	No.		
フリガナ				
口座名義 ※事業所のみ				

事業所所在地	
事業所名称	
事業主名	

留意事項
・この補助金支給申請書に、「補助金支給申請者名簿」「領収書（コピー）」を添付して提出してください。 ・領収書の宛名は接種者名で、接種日、費用、領収印、医療機関名があり、「インフルエンザ予防接種代」と分かるように記載したものをご用意ください。 ・自治体、事業所等から補助を受けた場合も補助の対象です。 ・東振協指定医療機関、東京中央卸売市場診療所での接種は、接種時に補助金額を差し引いて精算してあるため補助金申請の対象にはなりません。 ・予防接種の実施期間は、令和７年１０月１から令和８年２月２８日までです。 ・補助金申請の提出の期限は、令和８年３月３１日です。

受付日

常務理事	事務長	課　長	係　長	保 健 師	係　員

7.4改