申請番号

（申請番号は各社の担当者が記入）

作成日：令和　 年 　月 　 日

インフルエンザ予防接種補助金申請書

・この申請書はやむを得ない理由により、東振協の指定機関でのインフルエンザ予防接種の実施が困難な場

合、その他の医療機関で接種した接種費用を精算するときに使用する用紙です。

・接種者１名につき１枚作成してください。

やむを得ない理由（例）

・かかりつけ医での接種をすすめられている

・近隣に契約医療機関がない

・子どもが小さく他の予防接種と一緒に接種

・通院先で偶然ワクチン入荷があったため

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記　　　号 |  | 番　　　号 |  |
| 被保険者氏名 |  | | |
| 接種者氏名 | （ 続 柄 ：　　　　　　） | | |
| 接　種　日　※１ | 令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 申請金額　※２ | 円 | | |
| 東振協の指定機関で接種できない理由 |  | | |
| 備　　　考 |  | | |

※１　2回接種法のため領収証を2枚貼付する場合、最終接種日を記入してください。

※２　申請金額は3,960円を限度として記入してください（2回接種法の場合は7,920円）。

［ 領収証貼付欄 ］

フューチャーグループ健康保険組合