

## 予防接種 補助金申請書(同時接種用)

被 保 険 者	所属事業所	
	記号・番号	28 -
	氏名	(印)

常務理事	事務長	担当者

支給決定日	支給額
	円

**【申請内訳】**

受診者	続柄	種類名	受診日	金額	補助額
	才	おたふく・肺炎球菌・風疹・コロナ その他( )	令和 年 月 日	円	円
	才	おたふく・肺炎球菌・風疹・コロナ その他( )	令和 年 月 日	円	円
	才	おたふく・肺炎球菌・風疹・コロナ その他( )	令和 年 月 日	円	円
	才	おたふく・肺炎球菌・風疹・コロナ その他( )	令和 年 月 日	円	円

申請者委任欄	<p>上記のとおり申請します。 なお、給付金の受領は事業主に委任します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日      <u>被保険者氏名</u>                      印</p>
--------	--

### 領 収 証 貼 付

領収証は、下記項目が記載された原本を貼り付けてください。

- ①医療機関名・印(領収印のないものは無効)
- ②接種年月日(領収日と同日の場合は省略可)
- ③宛名は接種者の名前(フルネーム・会社名不可)
- ④種類名(おたふく、肺炎球菌 等) \* 手書きの場合は病院担当者の認印が必要
- ⑤金額(各予防接種の単価がわかるものを添付)

■1人につき、任意の予防接種を同時に2本以上受けた場合のみ、こちらの申請書で申請してください。(WEB申請不可)