

(様式 7)

常務理事	事務局長	課長(代理)	係

令和 年 月 日請求

「B方式」インフルエンザ予防接種補助金請求書

東京都自動車整備健康保険組合理事長 殿

下記のとおりインフルエンザ予防接種を実施したので、補助金を請求します。

事業所名称

事業主名

担当者名 連絡先 TEL ()

※決定額欄は、記入しないでください。

記号 (4ケタ)				インフルエンザ予防接種		※ 決定額	備考
				接種者人数	予防接種実費		
被保険者				名	円	円	
被扶養者				名	円	円	
小学生以下の被扶養者				名	円	円	
合計				名	円	円	

- 補助金の対象期間は、10月1日から翌年3月31日までに接種した分が請求できます。
- この請求書には、「インフルエンザ予防接種個人別内訳報告書」と領収書(写)を添付願います。
なお、市区町村から予防接種費用の補助を受ける場合は、その補助制度が優先となります。
- インフルエンザ予防接種の実施人数と実費を記入のうえ、4月30日までに請求してください。
- 予防接種の補助金は、年度内1人1回を限度に（但し、小学生以下は2回まで）補助金を支給いたします。
なお、A方式により予防接種した場合は、B方式での補助金を請求することはできません。

令和 年 月 日提出

受付日付印

「B 方式」インフルエンザ予防接種個人別内訳報告書

記号						
事業所名称						
番 号	氏 名	種 別	性 別	生 年 月 日	予防接種年月日	予防接種 実 費
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 年 月 日 3.令和	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 年 月 日 3.令和	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 年 月 日 3.令和	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 年 月 日 3.令和	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 年 月 日 3.令和	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 年 月 日 3.令和	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 年 月 日 3.令和	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 年 月 日 3.令和	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 年 月 日 3.令和	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 年 月 日 3.令和	令和 年 月 日	
合 (小) 計				名		

【注 意】

○ 記号と番号・氏名・種別・性別・生年月日・予防接種年月日及び予防接種実費を記入してください。

なお、A 方式で予防接種された方は、請求できません。

○小学生以下の方で、1 人で 2 回接種した場合は、2 名として記入してください。