

令和5年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証 記号-番号	-	社員番号	
被保険者名		日中連絡がとれる 電話番号	

■ 予防接種をした方

接種者氏名	続柄	接種年月日	接種費用
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円

■ 振込先金融機関 ※必ず被保険者名義の口座を記入してください

銀行 金庫		本店 支店	支店番号	
普通・当座	口座番号	口座名義名 (カナ)		

■ この申請書に、医療機関が発行した「領収書（原本）」を添付してください。

領収書は下記の記載があることが必要です。※領収書は返却いたしませんのでご了承ください。

領収日 接種した方の氏名 領収金額 医療機関名 「インフルエンザ予防接種代」の記載

■ ご家族様（被扶養者）も接種される場合は接種者全員分をまとめて申請してください。

申請対象者がお子様で2回接種予定の場合、2回目接種後にあわせてご申請ください。

1回目のみでご申請の場合、1回目の接種費用額のみ補助となり追加申請はできません。予めご了承ください。

1回目と2回目あわせて申請していただければ上限4,000円まで補助が可能です。

■ 提出先／お問い合わせ先

G L V 健康保険組合 E-mail: info@glv-kenpo.com

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト2階

* インフルエンザ予防接種は、令和5年9月1日～令和6年3月15日の期間内に接種をしたものが対象です。

* 提出期限(令和6年3月29日必着)を過ぎてから届いた申請は受付することができませんのでご注意ください。

健康保険組合記入欄 -----

補助金額合計	円
振込日	

常務理事	事務長	担当者	担当者