常務理事	事務長	係	経理	支給決定額
				円

令和　　年　　月　　日

曙ブレーキ工業健康保険組合　　御中

事業所名	
被保険者等記号・番号	
社員番号	
被保険者氏名	

補助金請求書

標記について、領収書を添えて補助金を請求いたします。

対象者氏名

記

請求金額	円

委任状	上記請求金額の受領を事業主に委任します。 令和　　年　　月　　日 請求者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

補助金請求について

● 申請日の年月日を記入して下さい。

● 事業所名称・被保険者証記号 番号・社員番号・被保険者氏名を記入して下さい。
（例）
3－3333
記号・番号は保険証の上に表示されています。

● 対象者氏名にインフルエンザ予防接種を受けた方の氏名を記入して下さい。
（注意事項）
被保険者と被扶養者対象です。

● 請求金額を記入して下さい
1 人年／1 回 1,500 円（1,500 円未満は実費）

● 委任状欄に、年月日と請求者氏名を記入してください。

● 領収書を添付下さい。
インフルエンザ予防接種と明記された領収書原本**（レシート不可）**

● 提出先は、各事業所の人事へ提出してください。
※必ず接種日から 3 カ月以内に提出をしてください。

～自治体からの助成を受けた場合の申請方法～

・自治体からの助成を受けた方は、接種費用から助成額を除いた自己負担額を補助申請内（上限 1500 円）で補助します。
・申請書提出時に、領収書原本と併せて、自治体からの助成額の分かる書類を添付ください。
領収書原本提出ができない場合は、コピーでも可ですが理由を一筆添えてください。