

令和6年度 インフルエンザ予防接種助成金支給申請書

(接種日:令和6年10月1日～令和7年1月31日 申請書締切日:令和7年2月28日)

【注意とお願い】

- 領収書の原本を添付された場合返却できませんので、必ず、コピーを添付してください。
 - 助成額は、接種された方1人につき1,500円が上限です。(1,500円未満は、自己負担された金額)
 - 2回接種される方で、1回目の接種が1,500円を超えた場合は、1回目の接種後に領収書(コピー)を添付して申請できます。
- ※1回目で1,500円以上の場合は、2回目の領収書は添付不要です。また、2回目の「接種日」・「接種代」のご記入も不要です。
- 振込のご案内(ハガキ)は送付いたしませんので、通帳等で確認をお願いします。

滋賀県自動車健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 下記のとおりインフルエンザ予防接種助成金を請求します。

被 保 険 者	氏名	健康保険証 記号 番号	
	住所	連絡先	

※続柄欄は、「本人」「妻」「長男」「長女」等とご記入ください。

「予 防 接 種 者 も 含 む」	氏 名	※ 続柄	接 種 日	接 種 代
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円

振込口座	金融機関 名称	銀行 信用金庫 農協 信用組合		支店 本店 出張所 代理店 支所			
	預金種別	当座 普通	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義						

健康保険組合使用欄

インフルエンザ予防接種 助成金支払決議書	常務理事	事務長	係長	担当者	決 議	令和 年 月 日
					助成額	円