

補助金総額	円	人数	本人 家族	名 名
		1人当額		円

※上記欄は記入しないでください。

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

事業所記号		事業所名	
実施年月日	令和 年 月 日～令和 年 月 日		
実施者数	名		
実施医療機関名 （複数ある場合は、〇〇クリニック始め〇件とご記入ください）			
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 事業所 所在地 名称 事業主名			

- 医療機関発行の領収書（医療機関名、接種された方の氏名（フルネーム）、一人当たりの単価、インフルエンザ予防接種代であることが明記されているもの）を添付してください。（写し可）
- 医療機関発行のインフルエンザ予防接種証明書のみでは申請できません。
- 各事業所において集団接種を実施した場合は、領収書と医療機関発行の実施者名簿を添付してください。
- 被保険者、被扶養者（2回接種の子供を含む）とも年度内1回、上限1,000円までの補助となります。
- 接種日から1年以内に申請してください。
- 提出いただいた個人情報は、愛知県トラック事業健康保険組合個人情報保護管理規定に基づいて管理します。
- ご不明な点は医療施設課までお問い合わせください。 ☎052-882-9686

愛知県トラック事業健康保険組合

- ・実施者名簿と領収書（写し可）は付け合わせてから提出をしてください。
- ・接種日が資格取得（認定）前および資格喪失(抹消)後の場合は補助の対象外です。
- ・任意継続の方は、振込先(銀行・支店名、口座番号、名義)を余白に記入してください

実 施 者 名 簿

事業所記号				
	番 号	氏 名	本人・家族の別	接 種 日
1			本 ・ 家	令 年 月 日
2			本 ・ 家	令 年 月 日
3			本 ・ 家	令 年 月 日
4			本 ・ 家	令 年 月 日
5			本 ・ 家	令 年 月 日
6			本 ・ 家	令 年 月 日
7			本 ・ 家	令 年 月 日
8			本 ・ 家	令 年 月 日
9			本 ・ 家	令 年 月 日
10			本 ・ 家	令 年 月 日
11			本 ・ 家	令 年 月 日
12			本 ・ 家	令 年 月 日
13			本 ・ 家	令 年 月 日
14			本 ・ 家	令 年 月 日
15			本 ・ 家	令 年 月 日
16			本 ・ 家	令 年 月 日
17			本 ・ 家	令 年 月 日
18			本 ・ 家	令 年 月 日
19			本 ・ 家	令 年 月 日
20			本 ・ 家	令 年 月 日
21			本 ・ 家	令 年 月 日
22			本 ・ 家	令 年 月 日
23			本 ・ 家	令 年 月 日
24			本 ・ 家	令 年 月 日
25			本 ・ 家	令 年 月 日

※申請者が多数の場合は、お手数ですがコピーにてご対応をお願いいたします。