

A

インフルエンザ予防接種費用助成金申請書
(事業所一括申請用)

記号番号	料	- 10000	事業所名		
京都料理飲食業国民健康保険組合理事長 様					
・インフルエンザ予防接種を受けたので、領収書を添付し、代表して助成金を申請します。					
接種した人数は、別添 B 申請者一覧のとおり、_____人で相違ありません。					
・助成金の事業所一括受取については申請する組合員すべての同意を得ています。					
・助成金は下記口座へ振込を希望します。					
年 月 日					
事業主氏名 _____ ④ 自署の場合は押印不要					
助成金振込先口座	金融機関名		本・支店名	金融機関コード	支店コード
	銀行 金庫		本店・本所 支店・支所 ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番記入 ()		
	口座種別	口座番号	口座名義(カタカナ)		
	1. 普通				
2. 当座					

* 下記の添付資料とあわせてご所属の組合へご提出ください。

【添付資料】

B インフルエンザ予防接種費用助成金申請者一覧 (事業所一括申請用)

領収書のコピー

インフルエンザ予防接種とわかるもので、予防接種を受けた者の氏名、一人当たりの金額が記載されているもの

★領収書原本は、セルフメディケーション税制の確定申告にお使いいただけます。

助成金振込先口座欄記載の金融機関の通帳等のコピー ←通帳等のコピーは毎年添付が必要です。

料飲国保組合使用欄

支給決定		備考
接種者合計	人	
助成金額合計	円	

料飲国保受付印
確認日: 年 月 日

事務長	係員

受付№ _____

決定日: _____ 口座申出書 提出日: _____

振込日: _____ 振込データ削除日: _____

B

インフルエンザ予防接種費用助成金申請者一覧 (事業所一括申請用)

【添付資料】 **領収書のコピー** インフルエンザ予防接種とわかるもので、予防接種を受けた者の氏名、一人当たりの金額が記載されているもの
★領収書原本は、セルフメディケーション税制の確定申告にお使いいただけます。

金融機関の通帳等のコピー (申請書Aに振込先口座が記入されていることご確認ください)

料飲国保組合使用欄

被保険者証記号番号		接種年月日		窓口で支払われた金額	助成金額	資格確認
予防接種を受けた者の氏名 ※接種日時時点で65歳以上の方は対象外				(2回接種された方は合計額)		
1	料	—	1回目	年 月 日	1,500円 ・ ()円	有・無効 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名		2回目	年 月 日		
2	料	—	1回目	年 月 日	1,500円 ・ ()円	有・無効 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名		2回目	年 月 日		
3	料	—	1回目	年 月 日	1,500円 ・ ()円	有・無効 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名		2回目	年 月 日		
4	料	—	1回目	年 月 日	1,500円 ・ ()円	有・無効 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名		2回目	年 月 日		
5	料	—	1回目	年 月 日	1,500円 ・ ()円	有・無効 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名		2回目	年 月 日		
6	料	—	1回目	年 月 日	1,500円 ・ ()円	有・無効 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名		2回目	年 月 日		
7	料	—	1回目	年 月 日	1,500円 ・ ()円	有・無効 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名		2回目	年 月 日		
8	料	—	1回目	年 月 日	1,500円 ・ ()円	有・無効 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名		2回目	年 月 日		
9	料	—	1回目	年 月 日	1,500円 ・ ()円	有・無効 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名		2回目	年 月 日		
10	料	—	1回目	年 月 日	1,500円 ・ ()円	有・無効 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名		2回目	年 月 日		
合計						

11人以上の場合は、この用紙をコピーしてお使いください。