

インフルエンザ予防接種補助金一括申請書
(事業場申請用)

※東振協によるインフルエンザ予防接種を利用した場合、こちらの補助金申請はできません。

会社名	△△△株式会社	事業場名	〇〇〇支店
担当者	協和 次郎	連絡先(TEL)	03-1234-5678
実施内容	インフルエンザワクチンの集団接種		
医療機関名	□□□クリニック		
実施場所	〇〇〇支店 第1会議室		
実施年月日	2023年 11月 25日 ~ 2023年 11月 25日		
接種した人数	被保険者 100名	被扶養者 0名	計 100名
接種費用総額	400,000円	単価 @	4,000円
上記のとおり申請します。 (西暦) 2023年 12月 20日 会社名 △△△株式会社 事業場名称 〇〇〇支店 事業場長名 ■■ ▲▲▲			

【申請上の注意事項】

- 補助対象者 接種日に当健保組合に加入している方
- 接種期間 2023年10月1日(日)~ 2024年1月31日(水)
- 申請締切日 **2024年2月9日(金)健保組合必着**
- 添付資料 ①接種者名簿(様式は問いません)
②予防接種者データ(Boxにデータをアップロードしてください。)

【送付先】 郵便または社内便で送付ください。

〒103-8503 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート13階
協和キリン健康保険組合「インフルエンザ担当」宛
TEL: 03-5641-8602

《健保受付日付印》

決定事項	金額	常務理事	事務長	担当
	(@2,000円×人数分)			