協和キリン健康保険組合　宛

# 子宮頸がん予防ワクチン接種補助金申請書

2024 年　4 月　1 日提出

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請者 | 被保険者証記号番号 | 301 － 9909 | 会社名 | ●●株式会社 |
| | | | 所属 | ▲▲支店　■■部 |
| | 被保険者氏名（自著） | 協和　太郎 | 日中連絡先（TEL） | 090-9999-9999 |
| | | | メールアドレス | xxxx.yyyy@zzzz.com |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 在籍者 | （委任状）<br>私は会社（事業主）を代理人と定め、この補助金の受領に関する権限を委任します。<br>（給与での振込手続きを会社に依頼するため、**必ずご記入ください。**） | 2024　年　4　月　1　日<br>被保険者氏名（自著） | 協和　太郎 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 退職者 | 退職者・退職予定者の方は、振込先を記入してください | | | | | |
| | 銀行 | 支店 | 口座番号 | （普） | 名義（ﾌﾘｶﾞﾅ） | |

| 予防接種を受けた者 | 接種者氏名・生年月日 | | 続柄 | 性別 | 接種日（西暦） | 接種費用 | 健保補助額 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 氏名 | 協和花子 | 長女 | ■ 女性<br>□ 男性 | 1回目 2023 年 4 月 10 日 | 28,000 円 | |
| | 生年月日 | 1998 年 1 月 1 日 | | | 2回目 2023 年 5 月 10 日 | 28,000 円 | |
| | | | | | 3回目 2023 年 10 月 10 日 | 28,000 円 | |
| | 氏名 | 協和富士 | 長男 | □ 女性<br>■ 男性 | 1回目 2023 年 4 月 10 日 | 20,000 円 | |
| | 生年月日 | 2000 年 2 月 1 日 | | | 2回目 2023 年 5 月 10 日 | 20,000 円 | |
| | | | | | 3回目 2023 年 10 月 10 日 | 20,000 円 | |
| | 氏名 | | | □ 女性<br>□ 男性 | 1回目 年 月 日 | 円 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | 2回目 年 月 日 | 円 | |
| | | | | | 3回目 年 月 日 | 円 | |
| | 氏名 | | | □ 女性<br>□ 男性 | 1回目 年 月 日 | 円 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | 2回目 年 月 日 | 円 | |
| | | | | | 3回目 年 月 日 | 円 | |
| | | | | | 支給額合計 | | |

**【領収書・明細書を貼付】 申請書の裏面に貼付してください。**
**【申請期間】 翌年度5月末（協和キリン健保必着）**

☑ **提出前にご確認ください。**

□ 申請書の太枠内の記入漏れ、捺印漏れはありませんか。
□ 接種日に協和キリン健康保険組合に加入されていますか。
□ 人数分の領収証（原本）を裏面に貼付していますか。（明細書のみの貼付は受理できません。）
□ **領収証に「子宮頸がん予防ワクチン」等の記載**がありますか。

《健保受付日付印》

**【送付先】** 郵便または社内便で送付ください。 **（翌年度5月末　健保組合必着）**

〒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 「子宮頸がん予防ワクチン担当」宛
TEL:　03-5641-8602

2024.4.1改訂