

# インフルエンザ予防接種 補助金申請書

<対象者>

- 島津健保の被保険者および被扶養者で、尚且つ下記のどちらかに属する方
- ・65歳以上75歳未満(および60歳以上65歳未満で心臓や腎臓、呼吸器等に重い疾患のある方を含む)
- ・0歳から中学3年生

島津製作所健康保険組合 宛

|                |    |            |          |
|----------------|----|------------|----------|
| 被保険者証<br>記号・番号 | 記号 | 被保険者<br>氏名 | 事業主<br>名 |
|                | 番号 |            |          |
| 自宅住所           | 〒  |            | 部署名      |
|                |    |            | 連絡先      |

| 接種者名   | 生年月日<br>対象者:0歳~中3, 65歳~74歳   | 接種日     | 医療機関名 |
|--|--|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> 子ども<br><input type="checkbox"/> 高齢者 | <input type="checkbox"/> S<br><input type="checkbox"/> H 年 月 日<br><input type="checkbox"/> R | R 年 月 日 |       |
| <input type="checkbox"/> 子ども<br><input type="checkbox"/> 高齢者 | <input type="checkbox"/> S<br><input type="checkbox"/> H 年 月 日<br><input type="checkbox"/> R | R 年 月 日 |       |
| <input type="checkbox"/> 子ども<br><input type="checkbox"/> 高齢者 | <input type="checkbox"/> S<br><input type="checkbox"/> H 年 月 日<br><input type="checkbox"/> R | R 年 月 日 |       |
| <input type="checkbox"/> 子ども<br><input type="checkbox"/> 高齢者 | <input type="checkbox"/> S<br><input type="checkbox"/> H 年 月 日<br><input type="checkbox"/> R | R 年 月 日 |       |
| <input type="checkbox"/> 子ども<br><input type="checkbox"/> 高齢者 | <input type="checkbox"/> S<br><input type="checkbox"/> H 年 月 日<br><input type="checkbox"/> R | R 年 月 日 |       |

- ※ 対象者は、子ども・高齢者のみです。
- ※ 1人あたり上限1,000円(年1回限り)
- ※ 補助金は、会社経由で支給します。

申請金額 合計 円

領収書(原本) 添付

※提出書類は返却しません