

| | | | | | | | | | |
|------|-----|-------|----|-------------------------|------|-----|----|----|----|
| 支給決定 | 補助金 | ,000円 | 摘要 | 1,000円× = 人 ,000円 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 主任 | 係員 |
| | | | | | | | | | |

【補助金請求する方】ここから下の太枠内にご記入ください。

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--|----|----|----------|----|--------|----------|--|
| 新型コロナワクチン補助金請求書 | | | | 記号 | | 番号 | | 被保険者氏名 | |
| 受診者氏名 | 生年月日 | | 続柄 | 年齢 | 受診日 | | 予防接種費用 | 受診医療機関名称 | |
| | 昭和 年 月 日 | | | | 令和 年 月 日 | | 円 | | |
| | 昭和 年 月 日 | | | | 令和 年 月 日 | | 円 | | |
| 確認欄 | 下記を確認の上、左に☑をご記入ください。 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 | | | | | | | | |

上記の通り予防接種を受けたので領収書（原本）を添えて補助金を請求します。

私は次の者に新型コロナワクチン補助金の受領を委任します。

| |
|--------|
| 事業所所在地 |
| 事業所名 |
| 受任者氏名 |

令和 年 月 日

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿

（注）補助金の対象は65歳以上の被保険者と被扶養者です。

補助金額は、1人1,000円が上限です。

補助回数は、1人につき年度内に1回です。

領収書には、【名前】と【新型コロナワクチン
接種】と記載が必要です。

領収書は、レシート不可です。