支　給　決　議　書 ※この欄は記入しないでください。		常務理事	事務長	課　長	担当者
伺年月日	年　　月　　日				
被保険者	名				
支 給 額	円				

新型コロナウイルスワクチン接種補助金申請書

（太枠の中をご記入ください。）

	被保険者等の記号番号	氏　　名	性別	申請額
接　種　者	－		男・女	円
	－		男・女	円
	－		男・女	円
	－		男・女	円
	－		男・女	円
	－		男・女	円
	－		男・女	円
			計	円

千葉県自動車販売整備健康保険組合　理事長　様

上記の金額を被保険者　　名分の補助金として、別添証拠書により申請いたします。

年　　月　　日

申請者住所

申請者氏名　　㊞

	銀行名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人
受取金融機関	銀行 信金 信組 農協	支店・本店	普通 ・ 当座		(フリガナ)

注意事項

① 補助の対象者は、当健康保険組合の本人（被保険者）に限ります。
② 補助は被保険者一人につき年度内に１回のみといたします。
（年齢によっては２回接種しなければならない場合もありますが、補助は１回のみとなります。）
③ 補助の金額（申請額）は一人１回、３，０００円を上限といたします。
④ 申請の際、領収証または医療機関からの請求書（いずれもコピー可）を添付すること。
⑤ 事業所において取りまとめていただき、月単位でのご申請をお願いいたします。
※ 健康保険法における被保険者及びその被扶養者の健康の保持増進のために行われる保健事業として、申込書等の記載内容における個人情報を利用いたします。