

令和 6 年度(接種期間 令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 31 日)

風疹ワクチン接種補助金支給明細書

事業所 (保険証記号)		事業所名				
接種日	保険証 番号	接種を受けた人の氏名	続柄	年齢	窓口支払額	支給額 (組合記入欄)
年 月 日			本人 家族		円	円
年 月 日			本人 家族		円	円
年 月 日			本人 家族		円	円
年 月 日			本人 家族		円	円
年 月 日			本人 家族		円	円

----- 注意事項 -----

- ① 補助の対象者は、予防接種時に被保険者及び被扶養者であること。
 ※但し、予防接種法に定めるところにより市区町村から全額又は一部の補助を受けている場合は、補助金を支給することができません。
- ② 令和 6 年 4 月 1 日から令和 7 年 3 月 31 日までに接種した費用に対し、補助金を支給します。
- ③ 年度にかかわらず、1 人 1 回限りの補助とします。また、風疹抗体検査は補助の対象外です。
- ④ 1 人 6,000 円を補助限度額とし、補助限度額を超えた接種費用については、実費とします。
- ⑤ 補助金申請は、必ず領収書(写し)を添付し、事業所の担当者の方が取りまとめのうえ、接種した月の翌月 15 日(当健保必着)までに提出してください。
 ※のり・ステープラーは使用しないでください。申請書類をまとめる際はクリップをご使用ください。
 ※最終締切日は令和 7 年 4 月 15 日(当健保必着)まで。(締切を過ぎますとお支払ができません)
- ⑥ 領収書は、予防接種者氏名・接種年月日・医療機関名・接種費用・風疹ワクチン接種費用と明記されているものを添付してください。(麻疹混合(MR)ワクチンも可)

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。