**この申請書は、事業所一括請求専用です。**

**個人の申請は、原則として「MY HEALTH WEB」のWEB申請で申請していただきます。**

**※WEBでのお手続きができない場合は、ジブラルタ健康保険組合までご連絡ください。**

2023年度版

**事業所一括請求用　インフルエンザ予防接種　補助金申請書**

**事業所（所属）等で、集団でインフルエンザ予防接種を受け、**

**代表者が予防接種の費用を立て替えて、契約外医療機関に支払をした場合に、この申請書をご利用ください。**

【代表者記入欄】　　提出日：　　　　　　年　　　　月　　　　日**（申請期限：2024年1月31日（水）当健保組合必着）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表者名（自署） | | | |  | | | | | | | | | 接種医療機関名 | | | |  | |
| 会社名 | | | |  | | | | | | | | | 予防接種日 | | | | 2023年　　　　月　　　　日から  2023年　　　　月　　　　日まで | |
| 所属名 | | | |  | | | | | | | | | 接種人数 | | | | 人 | |
| 連絡先 | | | | ※日中連絡可能な電話番号（　　　　　　） | | | | | | | | | 費用総額  （領収書合計） | | | | 円  (内訳)　　　　　　　円　×　　　　　名分 | |
| 振込先 | 銀行コード | | | | | | | 銀行名 | | | | | 支店コード | | | | | 支店名 |
|  |  |  | |  | | | 銀行  信用金庫 | | | | |  |  |  |  | | 支店 |
| 口座種別 | | | 口座番号(左詰) | | | | | | | | | 口座名義(事業所又は代表者名義) | | | | | |
| 普通 | | |  | |  |  | |  |  |  |  | (フリガナ) | | | | | |

【提出書類】　　下記（1）～（4）をすべてご提出ください。

健保受付日付印

|  |  |
| --- | --- |
| 社内便もしくは郵送で提出するもの | （1）事業所一括請求用　インフルエンザ予防接種　補助金申請書  （2）インフルエンザ予防接種　補助金申請　委任承諾書 ※接種者全員分  （3）下記内容がすべて明記された「領収書原本」  **①「代表者氏名（フルネーム）」または「事業所名および所属名」**  **②接種日　③接種人数　④接種医療機関名　⑤領収金額　⑥領収日**  **⑦インフルエンザ予防接種代であること**  ※内容が不足している場合は接種医療機関へ追記を依頼してください。  ※領収書の返却はいたしません。 |
| 当健保組合宛にメールで提出するもの  （送信先:[gk@gib-kenpo.or.jp](mailto:gk@gib-kenpo.or.jp)） | （4）接種者リスト（Excel形式）  ※当健保組合ホームページに掲載してある所定の書式にて作成してください。 |

様式-1①　事業所一括申請書（2023.9）

**【提出先】ジブラルタ健康保険組合**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保  使用欄 | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 役職者 | 担当者 | 人数 | 補助金総額 | 送金年月日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**事業所一括請求用**

2023年度版

**インフルエンザ予防接種　補助金申請**

**委任承諾書**

　　　　　　　　【代表者（請求者）氏名】

上記の者をインフルエンザ予防接種補助金受取の代表として

権限を委任いたします。

【記入日】　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

【会社名】

【所属名】

【保険証 記号-番号】　　　　　**-**　　　　　　　　　　　【氏名(自署)】

**【提出先】ジブラルタ健康保険組合**

健保受付日付印

様式-1②　事業所一括申請書（2023.9）