様式第５号の１

「インフルエンザ予防接種」実施者連名簿（補助金請求用）

No.　　－　　－

健保記号				＊1原則として愛知県内の医療機関で接種された場合は補助金対応はいたしません。但し、６５歳以上又は「接種補助券」が発行されていない場合は除きます。 *2 なお、接種補助券が発行されている場合でもやむを得ない事情において愛知県内の医療機関で接種した場合は備考欄のいずれかに〇印をご記入いただきますようお願いいたします。

事業所名称	
実施機関名	

実施者数						
被保険者		被扶養者		計		
男	女	男	女	男	女	計
名	名	名	名	名	名	名

健保番号	実施者氏名	性別	続柄	接種日		実施費用	補助額	*2 備考
				1回目	2回目		上限（2,000円） 実費	
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
		男・女	本人・家族	／	／	円	上限（2,000円） 円	1.６５歳以上 2.補助券未発行等
						補助額計	円	

注1．太枠内は記入しないでください。

注2．ご記入いただきました事項につきましては、補助金の支給の目的以外には使用いたしません。

名古屋薬業健康保険組合

2025.9