東京都情報サービス産業健康保険組合

新型コロナワクチン接種補助金申請書

保険証記号	
事業所名称	
請求者名 （事業主名または届け出ている代理人）	

振込通知書送付先 ※健保組合に届出ている所在地・事業主と異なる場合のみご記入ください。	□□□－□□□□

担当者・連絡先	ご担当者名： TEL　　（　　）

事業所負担額	総額	1回あたり額
	円	円
接種内容について	接種被保険者数	人
	接種回数	回

接種証明について	接種内容の証明について、下記①、②いずれかをご選択ください。			
	□	①接種者リストの添付 （別紙にて添付ください）	□	②事業主様の証明 接種内容は上記の通りです。
				事業主名　　印

【補助金の対象者】接種した日に当組合の被保険者の資格がある方のみとなります。

補助金額	回　×　@（　　）円	円

【TJK記入欄】　　1回あたりの上限を4，000円としてお支払いいたします。

◆振込先金融機関をお選びください。

□（1）事業主の選定した保険給付金受領代理人口座（下記の金融機関は空欄でご提出ください。）

□（2）（1）以外の事業所名義口座

店名・店番号は銀行の統廃合により変更されている場合がありますので事前にご確認ください。

金融機関	銀行コード □□□□ 銀行・農協 信金・信組	支店	店番号 □□□ 本店 支店	種目　普通 当座
口座番号	□□□□□□□	口座名義 必ずカタカナでご記入ください		

◆ご注意ください◆

・対象者はTJKの被保険者のみとなります。

・接種一人あたり1回4，000円を上限としてお支払いします。（1回あたり額が4，000円を下回る場合はその額をお支払いします）

・「TJK実施の新型コロナワクチン職域接種」にて接種された方は補助対象とはなりません。

・請求書記載内容に不備がある場合は返戻させていただくことがあります。