

# 新型コロナウイルスワクチン接種補助金申請書

保険証記号							
事業所名称							
事業主名 (または届け出ている 代理人名)							
事業所所在地	<table border="1"> <tr> <td>□□□□</td> <td>-</td> <td>□□□□□□</td> </tr> </table>				□□□□	-	□□□□□□
□□□□	-	□□□□□□					
担当者・連絡先	ご担当者名: _____ TEL ( ) _____						
接種内容について	総接種人数	総接種金額	1人当たり金額※				
	人	円	円				
今回の請求額	1人当たり金額	接種した組合員数	補助金合計				
	円	人	円				
接種証明について	<input type="checkbox"/>	<事業主様の証明> 接種内容等は上記の通りです。					
		事業主名		(印)			

【補助金の対象者】接種した日に当組合の資格がある組合員の方のみとなります。 ※公費補助額を除く

【TJK記入欄】 補助金額	人 × @ ( )円	円
------------------	------------	---

1人当たりの上限を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	□□□□	支店	店番号	□□□□	種目	普通
		銀行・農協 信金・信組			本店 支店		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実施の新型コロナウイルスワクチン職域接種」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。