

健保組合 使用欄	補助金支給決定額	支 払 日	常務理事	担当上司	担当
	円	年 月 日			

2024年度 風しんワクチン接種費用補助請求書

三谷健康保険組合理事長 殿
下記のとおり申請いたします。

被 保 険 者	記号・番号	被保険者氏名		事業所名			
	住 所			被保険者連絡先			
	〒 -						
予 防 接 種 を 受 け た 方	①	接種者名	生年月日	続柄	接 種 日		
			昭和 平成 年 月 日		年 月 日		
		医療機関名	自治体補助金額	実際に支払った金額			
			一部(円) ・ 無	円			
	②	接種者名	生年月日	続柄	接 種 日		
			昭和 平成 年 月 日		年 月 日		
		医療機関名	自治体補助金額	実際に支払った金額			
			一部(円) ・ 無	円			
(○を付けて下さい) 受 取 方 法	現金希望	連絡先 (内線又は電話番号)	【 現金受け取りの注意事項 】 ◎健保組合の窓口での受取りが可能な方のみ ◎後日ご連絡しますので受け取りに来てください				
	振込希望	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所	預金 種別	普通		
		口座番号	口座名義 (被保険者名義)	フリガナ	当座		

《添付書類》

- 領収書(原本)
※「接種された方の氏名」「予防接種代」「接種日」「風しんワクチン接種であること」が確認できるもの
- 抗体検査の結果が確認できるもの(コピー可)
- (自治体からの補助を受けた場合のみ添付) 自治体からの補助金額が確認できるもの

【注意事項】

- ・請求期間はワクチン接種日より半年間です。
- ・抗体検査の費用は補助対象外となります。
- ・自治体の補助がある場合は、自治体の補助が優先となりますので、自治体からの補助額を除いた自己負担額が補助対象となります。