

インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

金 円					
被保険者等の 記 号・番 号				被 保 険 者 氏 名	
請 求 内 訳	接 種 者 名	続 柄	接 種 年 月 日	医 療 機 関 名	
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		
受 取 方 法 (○をつけて下さい)	現金希望	※健保組合へ取りに来られる方のみ。 後日ご連絡しますので、印鑑を持参して受け取りに来て下さい。 連絡先 (内線又は電話番号) _____			
	振込希望	※被保険者の銀行口座を記入して下さい。 銀 行 本 店 普 通 信 用 金 庫 支 店 当 座 口座番号 _____ 口座名義人 (被保険者) _____			
以 上 の と お り 請 求 し ま す 。 年 月 日 〒 — 被保険者住所 被保険者氏名 三 谷 健 康 保 険 組 合 殿					

- (注) 1 インフルエンザ予防接種代と明記されている「領収書(写でも可)」を必ず添付してください。領収書は、「接種された方の氏名」「予防接種代」「接種(領収)日」が記載されているものに限りま
す。**レシート不可。**
- 2 補助対象者は、被保険者及び被扶養者です。被扶養者がいる場合は、接種された全員分をまと
めて、一度で請求するようにして下さい。
- 3 補助額は上限2,500円です。予防接種費用が2,500円未満の場合は実費を補助します。
2 回法 (13歳未満の方が対象) で接種された方で、1 回目が2,500円未満の場合は 2 回分の合
算額に対して上限額まで補助いたします。2 回分の領収書を合わせて提出してください。
- 4 提出期限は **1 月末日(期限が休日等の場合は前営業日)** です。
- 5 新型コロナワクチン接種を受けられ、補助を請求する方は、可能な限り一緒に請求書を提出し
てください。
- 6 いただいた個人情報は、補助金の支払業務以外には使用いたしません。