

インフルエンザ予防接種費用補助額請求書

一 金 円				
被保険者証の 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	
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。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> 銀行 本店 普通</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> 信用金庫 支店 当座</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 口座番号 _____ 口座名義人 (被保険者) _____ </div>		
以上のおり請求します。 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)」を必ず添付して下さい。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。 **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 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下さい。
- 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 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。