

# インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

<div style="text-align: center;"> <div style="display: inline-block; width: 45%; text-align: right;">一 金</div> <div style="display: inline-block; width: 45%; text-align: left;">円</div> </div>					
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		
			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;"> <div style="text-align: center;">             銀      行              信用金庫           </div> <div style="text-align: center;">             本 店      普 通              支 店      当 座           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>口座番号 _____</div> <div>口座名義人 (被保険者) _____</div> </div>			
以 上 の と お り 請 求 し ま す 。  <div style="display: flex; justify-content: center; margin: 10px 0;">             年                  月                  日           </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin: 10px 0;">             〒                  —           </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin: 10px 0;">             被保険者住所           </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin: 10px 0;">             被保険者氏名           </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 20px;">             三 谷 健 康 保 険 組 合 殿           </div>					

- (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。