

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 新型コロナワクチン接種費用補助金請求書

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			日中の連絡先			
	〒 -						
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 令和 年 月 日		年 月 日		
		医療機関名		支払額			
				円			
	②	接種者名	生年月日	続柄	接 種 日		
			昭和 平成 令和 年 月 日		年 月 日		
		医療機関名		支払額			
				円			
	③	接種者名	生年月日	続柄	接 種 日		
			昭和 平成 令和 年 月 日		年 月 日		
		医療機関名		支払額			
				円			
受 取 方 法	現金希望	連絡先 (内線、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			

### 「添付書類」

- ・領収書（写）
  - ※「接種された方の氏名」「予防接種代」「接種日」「新型コロナワクチン接種であること」が確認できるもの
  - ※被保険者本人および被扶養者で接種を受けられる方がいる場合は、全員の接種が終わってからご家族分まとめて1回で請求してください。（領収書は全員分添付）
  - ※2名以上で1枚の領収書の場合は、接種された方の氏名と金額の内訳を明記してもらってください。

### 【注意事項】

- ・請求書の提出期限は、**2025年3月19日(水)健保組合必着**です。
- ・任意接種を受けた方のみ補助対象です。自治体からの補助がある定期接種を受けた方は健保組合からの補助対象外です。
- ・予防接種を受けた方が4名を超え1枚の請求書に書けない場合は、請求書を複数枚使用して提出してください。その際、2枚目以降は「予防接種を受けた方」欄のみの記入してください。
- ・インフルエンザ予防接種を受けられ、補助を請求される方は、可能な限り一緒に請求書を提出してください。
- ・いただいた個人情報、補助金の支払業務以外には使用いたしません。