

インフルエンザ予防接種 補助金請求書

<領収書上に”インフルエンザ”と記載されていない場合は、受付できません。詳しくは下記をご参照ください。>

請求者 (被保険者本人になります。ご家族名では申請出来ません)

記号番号

会社名

7 -	
-----	--

被保険者 氏名

住所

フリガナ	〒 -

被保険者(本人)の口座

※ご家族の口座へは振込出来ません。

フリガナ	フリガナ	口座番号	口座名 (カタカナ)
銀行	支店	普通	

※ 銀行名・支店名は統廃合により変更している場合がありますので、記入前に確認してください。

※ 接種1回分の上限は2000円

※ 2000円未満の場合は実費

接種者 氏名

接種者 氏名			接種日	支払った費用	
			接種した医療機関名		
①	続柄	年齢	年 月 日	円	
②	続柄	年齢	年 月 日	円	
③	続柄	年齢	年 月 日	円	
④	続柄	年齢	年 月 日	円	
⑤	続柄	年齢	年 月 日	円	
⑥	続柄	年齢	年 月 日	円	
⑦	続柄	年齢	年 月 日	円	
⑧	続柄	年齢	年 月 日	円	

※ 世帯ごとに年1回のみ申請を受け付けますので、接種を受けたご家族全員分をまとめて申請してください。

※ 高校生以下または65歳以上の方は、一人2回まで申請できます。

※ 2回接種した場合は、1回ずつ行を分けて記入してください。(領収書は2回分添付してください)

※ 補助の対象になるのは、接種した日に当組合の被保険者・被扶養者資格がある方です。

※ 領収書は原本を提出してください。

※ 領収書に接種者の氏名、接種日、接種した医療機関名が明記されていない場合は受付できません。

※ 単なる”予防接種”や”自費分”、”保険外”とだけ書かれた領収書では受付できません。

インフルエンザ予防接種であることを証明するものを添付または記載してください。(接種証明書、診療明細書、ワクチン名のシール)

※ 証明するものがない場合は、接種した医療機関にて領収書上に ”インフルエンザ予防接種代”と記入してもらい、その隣に医療機関の捺印をもらってください。(医師の認印で結構です)