

(予防11)

インフルエンザ予防接種補助金請求書

令和 年 月 日

①被保険者証の記号・番号		②被保険者氏名		③事業所名称		
記号						
番号						
予防接種を受けた方の氏名	被保険者との続柄	予防接種を受けた医療機関名	接種日(和暦)	接種費用(税込)	補助額	2回目接種なし
予防接種にかかった費用の合計						

以下の注意事項をよく読み申請ください。

【注意事項】

- インフルエンザ予防接種を10月～12月までの3カ月間に受けた被保険者・被扶養者を対象とします。
- 被保険者・被扶養者毎に、接種費用のうち2,000円(年1回)を上限として補助します。
- インフルエンザ以外の予防接種は、補助対象外です。
- 「接種を受けた方の氏名」欄は、健保に登録されている氏名をご記入ください。(旧姓不可)
- 「被保険者との続柄」欄には、以下のいずれかをプルダウンより選択してください。
本人、夫、妻、長男、次男、三男、四男、長女、次女、三女、四女、父、母、その他
- 1回分の接種料が2,000円未満の場合で、2回目の接種がある場合は2回分をまとめて申請ください。
2回目の接種がない場合は、2回目接種なしの欄に「○」をお付けください。
- 必要な添付書類：「領収書」の記載事項を確認のうえ、A4サイズの用紙にコピーし、
本紙、領収書のコピーの順に重ね、左上一箇所を糊付けして提出ください。(領収書原本の提出は不要です)

【領収書 記載事項】

- ① 領収書の宛名は個人名で、フルネームで記載されているか。
- ② 接種日、接種費用、インフルエンザ予防接種代であることの記載があるか。
- ③ 領収書作成者の氏名・名称の記載があるか。

- 申請ルート : 被保険者が勤務する事業所の健保担当者に提出ください。(被保険者→事業所健保担当→当組合)
補助金の支払いは、事業所(受任者)経由にてお支払いします。
(任意継続被保険者は、直接当組合宛に提出ください)
- 申請期限 : 各年度の年度末(3月末日)まで
尚、3月末日までに補助金のお支払いを希望される場合は、1月末日までにご提出をお願いします。

【請求に関する問い合わせ先】
〒103-8427 東京都中央区日本橋小伝馬町15-14 伊藤忠連合健康保険組合 保健事業課 TEL:03(3662)9953

「委任状」欄の受任者及び被保険者(委任者)欄に記名をお願いします。

受 付 印

委 任 状	
インフルエンザ予防接種補助金の受領を	
受任者 :	_____ に委任いたします。
被保険者(委任者)氏名 :	_____

--