

有印文書につき FAX での提出はお受けできません。

(予防 11) その 1

インフルエンザ予防接種補助金請求書

令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号		被保険者氏名		事業所名称		
記号						
番号						
予防接種を受けた方 のお名前	被保険 者との 続柄	予防接種を受けた 医療機関名	接種日	接種費用	2 回目 接種 なし	
			R 年 月 日	円		
			R 年 月 日	円		
			R 年 月 日	円		
			R 年 月 日	円		
			R 年 月 日	円		
予防接種にかかった費用の合計				円		

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。

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、

本紙に糊付け（左上一箇所）して提出ください。

【領収書 記載事項】

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。

接種日、インフルエンザ予防接種代であることの記載があるか。

領収印が押印されているか。

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）までに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 業務課保健事業担当 TEL:03(3662)9953

「委任状」欄の受任者及び被保険者（委任者）欄に署名・捺印をお願いします。

受 付 印

委 任 状

インフルエンザ予防接種補助金の受領方を

（受任者 ）に委任いたします。

被保険者（委任者）氏名

伊藤忠連合健康保険組合