

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 (任意継続用)

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	9999			任意継続		
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、補助の対象外です。

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 : 「領収証」の記載事項を確認のうえ、A4 サイズの用紙にコピーし、

コピーを本紙に糊付け (左上一箇所) して提出ください。 (領収証原本は提出不要)

【領収証 記載事項】

領収証の宛名は個人名で、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 : 直接当組合宛に郵送ください

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

受 付 印

伊藤忠連合健康保険組合