

(予防12)

インフルエンザ予防接種補助金請求書(事業所担当者用)

令和 年 月 日

1. 区分の該当に	被保険者(本人)のインフルエンザ集団予防接種 (補助額上限 1人 2,000円)		
	被扶養者(家族)のインフルエンザ予防接種 (補助額上限 1人 2,000円)		
2. インフルエンザ予防接種総額			(人)
3. 健 保 負 担 額			(人)
4. 予防接種日	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日		
5. 予防接種人数	名		
6. 事業所 記号・名称	記号	名称	
7. 担当者 記号・番号・氏名	記号	番号	氏名

2.3.5.欄は、「受診者名簿」の集計値がリンク表示されます。

本請求書(予防12)提出の際は、(予防11)インフルエンザ補助金請求書の提出は不要です。

<添付書類> を添付のこと。
「受診者名簿」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入力してください。(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
証票として「領収書のコピー」、又は「請求書」及び「支払済みであることを証する書類のコピー」
をA4サイズで添付ください。証票は、接種日、接種費用、「インフルエンザ予防接種代」である
ことの記載があるものに限ります。
事業所での集団接種の場合は、上記「受診者名簿」とは別に、
医療機関が発行する個別明細(接種者氏名、接種日、接種費用が確認できるもの)が必要です。

委任状

インフルエンザ接種費用補助金の受領を

受任者: _____ 殿に委任します

代表する被保険者氏名

委任者: _____

(7.欄の担当者が委任者となります)

受付印

--

伊藤忠連合健康保険組合

インフルエンザ予防接種 受診者名簿

No.	被保険者証 記号	被保険者証 番号	接種を受けた方の氏名	被保険者 との続柄	接種医療機関名	接種日(和暦)	接種費用 (税込)	補助額 (2000円上限)	2回目接種 (有・無)	
1						令和 年 月 日	¥	-		
2						令和 年 月 日	¥	-		
3						令和 年 月 日	¥	-		
4						令和 年 月 日	¥	-		
5						令和 年 月 日	¥	-		
6						令和 年 月 日	¥	-		
7						令和 年 月 日	¥	-		
8						令和 年 月 日	¥	-		
9						令和 年 月 日	¥	-		
10						令和 年 月 日	¥	-		
11						令和 年 月 日	¥	-		
12						令和 年 月 日	¥	-		
13						令和 年 月 日	¥	-		
14						令和 年 月 日	¥	-		
15						令和 年 月 日	¥	-		
16						令和 年 月 日	¥	-		
17						令和 年 月 日	¥	-		
18						令和 年 月 日	¥	-		
19						令和 年 月 日	¥	-		
20						令和 年 月 日	¥	-		
21						令和 年 月 日	¥	-		
22						令和 年 月 日	¥	-		
23						令和 年 月 日	¥	-		
24						令和 年 月 日	¥	-		
25						令和 年 月 日	¥	-		
26						令和 年 月 日	¥	-		
27						令和 年 月 日	¥	-		
28						令和 年 月 日	¥	-		
29						令和 年 月 日	¥	-		
30						令和 年 月 日	¥	-		
計							¥	-	¥	-