

(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>①②を添付のこと。

- ①「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）
- ②「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
- ③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です。  
※事業所での集団接種の場合は、上記①「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									