◎有印文書につきFAXでの提出はお受けできません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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】   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、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　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