|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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）** | | | | | | | | |
| 平成　　　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 | 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 |
|  | |  |  | 年　　月　　日 | | | 円 |  |
|  | |  |  | 年　　月　　日 | | | 円 |  |
|  | |  |  | 年　　月　　日 | | | 円 |  |
|  | |  |  | 年　　月　　日 | | | 円 |  |
|  | |  |  | 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】  ① 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  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　　：　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本町4-15-9　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