|  |  |
| --- | --- |
| （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 | 円 |  |
| 3.健　保　負　担　額 | 円 |  |
| 4.予防接種日 | 自　令和　　　年　10月　1日　～　至　令和　　　年　12月　31日 |
| 5.予防接種人数 | 名 |  |
| 6.事　業　所　名　称 |  | 8.担当者の保険証の記号・番号 |
| 7.担　当　者　の　氏　名 | 　　　㊞ |  |  |
|  |
|  |  | 受　付　印 |
|  | 委　任　状 |  |  |  |
|  | インフルエンザ接種費用補助金の受領を（受任者　　　　　　　　　　　㊞）に委任いたします。 |  |  |  |
|  | 代表する被保険者（委任者） |  |  |  |
|  | 氏名　　　　　　　　　　㊞ |  |  |  |
|  | （7.担当者が委任者となります） |  |  |  |

※　証票として、領収書コピー、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サイズで添付のこと。

証票には、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ものに限ります。

※　委任状欄の受任者名、及び印鑑は、健保への届出と同一のものに限ります。

※　7.欄の担当者㊞と委任状欄の代表する被保険者（委任者）㊞は同一のものに限ります。

※　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。

伊藤忠連合健康保険組合

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | 接種費用 | 2回目接種なし |
| 1 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 2 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 3 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 4 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 5 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 6 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 7 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 8 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 9 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 10 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 11 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 12 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 13 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 14 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 15 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 16 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 17 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 18 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 19 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |
| 20 |  |  |  |  |  | R 年月　日 | 円 |  |