

平成27年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書（会社口座振込用）

補助金申請期限 平成28年3月18日(金) 必着

住商連合健康保険組合 行
下記のとおり請求いたします。

(別紙領収証貼付表を添付) **必ず領収証は原本**

平成 27 年 12 月 5 日

被 保 険 者	記号	番号	氏名	会社名
	800	23	保険 二郎 	××株式会社
	住所			被保険者連絡先電話番号
	東京都...			03-1111-1111

予 防 接 種 を 受 け た 方	接種者名・生年月日	本人 家族	接種日	医療機関名	支払った金額
	①	保険 二郎 (S・H 47年 10月 5日) 43歳	本人	① 平成27年 10月 3日	◆◆クリニック
② 平成 年 月 日					
①	保険 花子 (S・H 49年 4月 2日) 41歳	家族	① 平成27年 10月 3日	◆◆クリニック	4,000 円
			② 平成 年 月 日		
①	保険 うめ (S・H 16年 9月 30日) 11歳	家族	① 平成27年 10月 3日	◆◆クリニック	5,000 円
			② 平成27年 11月 11日		
①	(S・H 年 月 日) 歳		① 平成 年 月 日		円
			② 平成 年 月 日		
①	(S・H 年 月 日) 歳		① 平成 年 月 日		円
			② 平成 年 月 日		

12歳以下で2回接種の方は、必ず2日間の受診日の記載をお願いします。2日間の記載のないものは、1回分のみのお支払になります。

2回分をまとめてお支払いをされた方は、領収書に2回分と分かるように明記下さい

振込先	会
-----	---

補助金請求合計	《組合記入欄》	本	家	円
---------	---------	---	---	---

※補助金申請のご注意

受付日付印

添付資料： 下記の事項の記載がある領収証(原本) 《領収証貼付表にのりづけして下さい》

- “インフルエンザ予防接種”であることが記載
- 接種者の氏名(複数名で接種の場合はその金額の内訳も必要です)
- 接種を受けた病院名・電話番号
- 接種年月日
- お支払い金額(他の項目と一緒に接種された場合は接種にかかる金額がわかること)
- 2回分まとめてお支払いをされた方は、領収書に2回分と分かるように明記

診療(医療)明細書を添付の際には必ず領収書(原本)の添付も必要です。

満12歳以下のお子様で2回接種された場合は、1回でまとめて2回分を請求したものに限りです。

(申請書に2回接種の日にちを必ずご記入下さい。記入がない場合は1回接種分のみ補助となります)

被保険者のみが会社の集団接種等で請求した場合を除き、家族分まとめて1回の請求をお願いします。