

平成28年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書（個人宛振込用）

補助金申請期限 平成29年3月10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。

また、別紙領収書につきましては、

インフルエンザ予防接種に係るものと証明します。

必ず領収書は原本

平成 年 月 日

被 保 険 者	記 号	番 号	氏 名	会 社 名
			(印)	
	この請求は被保険者・被扶養者の補助申請が可能となる家族全員分ですか			はい ☐ いいえ ☐
	住 所			被 保 険 者 連 絡 先 電 話 番 号
	〒			

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
	(S・H 年 月 日) 歳			① 平成 年 月 日				円
				② 平成 年 月 日				
	(S・H 年 月 日) 歳			① 平成 年 月 日				円
				② 平成 年 月 日				
	(S・H 年 月 日) 歳			① 平成 年 月 日				円
				② 平成 年 月 日				
	(S・H 年 月 日) 歳			① 平成 年 月 日				円
				② 平成 年 月 日				
	(S・H 年 月 日) 歳			① 平成 年 月 日				円
				② 平成 年 月 日				
	(S・H 年 月 日) 歳			① 平成 年 月 日				円
			② 平成 年 月 日					

振 込 先	銀行 コード				銀 行 名	銀行 金庫 農協							
	支店 コード				支 店 名	支店 出張所 支所							
	種 別	普 通				口 座 番 号 (右 詰)							
	ゆうちょ銀行ご希望で、上記銀行コード・支店コード等が不明な方は下記に記号・番号のご記入をお願いします。												
	記 号					番 号							
	被 保 険 者 口 座 名 義				カ タ カ ナ で 記 入 し て く だ さ い								

補 助 金 請 求 合 計					《組 合 記 入 欄》					本 家		円
---------------	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--------	--	---

※補助金申請のご注意

＜添付資料＞

◆ 下記の事項の記載がある領収書（原本）《領収書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、それぞれの接種者名・金額の内訳も必要です)
- 接種を受けた病院名
- 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分かること)
- 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回接種分のみの補助となります)

◆ 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回の申請でお願い致します。

受付日付印

領 収 書 貼 付 表

記号	番号	氏名

この用紙にのり付けして下さい

下記事項の内容が必ず記載のある領収書の原本を添付

- ・接種者氏名・支払い金額・病院名・接種年月日の記載
- ・2回分まとめてお支払いをされた方は、領収書に2回分と記載
- ・”インフルエンザ予防接種”であることが記載

※上記の項目が一つでも記載されていない場合は、被保険者の方が領収書に記入してください。