

平成29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30年3月9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	(印)	会社名	
	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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	住所			被保険者連絡先電話番号		
	〒					

(予 必 防 ず ご 記 入 を く 受 だ け さ い た し 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
	(S・H 年 月 日) 歳		② 平成 年 月 日		円
	(S・H 年 月 日) 歳		① 平成 年 月 日		円
	(S・H 年 月 日) 歳		② 平成 年 月 日		円
	(S・H 年 月 日) 歳		① 平成 年 月 日		円
	(S・H 年 月 日) 歳		② 平成 年 月 日		円
	(S・H 年 月 日) 歳		① 平成 年 月 日		円
	(S・H 年 月 日) 歳		② 平成 年 月 日		円

振 込 先	会社口座
-------------	------

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》 受付日付印

◆ 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》

- 接種を受けた人の個人名(フルネーム)(複数で接種の場合は、それぞれの個人名・金額の内訳も必要です)
- 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)
- 接種を受けた病院名
- “インフルエンザ予防接種”であることが記載
- 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ません。
 (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。

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(ホッチキス留不可)

下記事項の内容が必ず記載のある領収書の原本を添付

- ・接種を受けた人の個人名(領収書見本㉗)
- ・接種年月日(領収書見本㉙)
- ・お支払い金額(領収書見本㉕)
- ・病院名(領収書見本㉞)
- ・”インフルエンザ予防接種”であることが記載(領収書見本㉜)
- ・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

※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。

領収書(見本)

患者No. _____ 氏名 ○○ ○○ 様 平成29年△月△日

保	初・再診療	医学管理	在宅医療	検査	画像	投薬
	0点	0点	0点	0点	0点	0点
険	注射料	リハビリテーション	専門療法	処置料		麻酔料
	0点	0点	0点	0点	0点	0点
	放射線治療	その他	診療総点数			①診療負担金
	0点	0点	0点			0円

保 険 外	文書料	保険外負担	自費その他	予防接種	消費税	②自費合計
	0円	0円	0円	4,000円	0円	4,000円

③前回未収金	今回請求額 ①+②+③	領収額合計
0円	4,000円	4,000円

但し、インフルエンザ予防接種代(1回目)として

上記の通り領収いたしました。

××市××町○○-○
△△△クリニック
Tel. 000-000-0000

領収印

(印)