

令和3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 令和4年3月14日(月) 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。

令和 3 年 12 月 25 日 提出

被 保 険 者 情 報 予 づ り ご 接 種 を 受 け た 方 の 情 報 を ご 入 力 し て く だ さ い	記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名				会 社 名					
	記号・番号は保険証に記載されています。		組 合 太 郎				☆☆☆株式会社					
	〒 432 — 1987		住 所				連 絡 先 電 話 番 号					
	東京都・・・・						03-1234-5678					
	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					
	接種者名・生年月日・年齢		本人 家族	接 種 日		医 療 機 関 名		支 払 っ た 金 額				
	接種者名： 組 合 太 郎		本人	令 和 3 年 11 月 11 日		△△△クリニック		4,500 円				
	S・H・R 54年 6 月 28 日 42 歳		家族	令 和 年 月 日								
	接種者名： 組 合 康 子		本人	令 和 3 年 12 月 20 日		◆◆病院		3,000 円				
	S・H・R 58年 7 月 28 日 38 歳		家族	令 和 年 月 日								
接種者名： 組 合 健 太		本人	令 和 3 年 11 月 28 日		〇〇〇診療所		4,200 円					
S・H・R 20年 3 月 4 日 13 歳		家族	令 和 年 月 日									
接種者名： 組 合 保 未		本人	令 和 3 年 12 月 3 日		■■■■病院		3,500 円					
S・H・R 22年 9 月 15 日 11 歳		家族	令 和 3 年 12 月 15 日		×クリニック		1,500 円					
接種者名： S・H・R 年 月 日 歳		本人	令 和 年 月 日									
		家族	令 和 年 月 日									
		本人	令 和 年 月 日									
		家族	令 和 年 月 日									
被保険者本人名義の振込口座(家族名義の口座に委任の)												
さ い に 関 する 情 報	ゆうちょ 銀行以外	銀行 コード	9	8	7	6	銀行名	信用金庫	組合			
		支店 コード	5	4	3	支店名	▼▼▼	出張所	種別	普 通		
	ゆうちょ 銀行	口座 番号	2	1	9	8	7	6	5	被保険者口座名義 (カナ表記)	クミアイ タロウ	
		記号					番号					1
被保険者口座名義 (カナ表記)												
補 助 金 請 求 合 計 《 組 合 記 入 欄 》										本人 家族	名 名	円

※補助金申請のご注意

- ◆ 下記の事項の記載がある領収書(原本)を添付《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。
- ◆ 接種時に満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)
- ◆ 接種予定のある被保険者および被扶養者が全員接種を終えた時点で、1回の申請でお願い致します。
- ◆ 提出期限(令和4年3月14日)を過ぎますと受付出来ない場合があります。ご注意ください。
- ◆ 市区町村から補助を受けた場合、その額は対象外。例：費用3,200円—補助1,500円=1,700円、健保の補助額1,700円です。

受付日付印