

伺 年 月 日	令和 年 月 日
決 議 年 月 日	令和 年 月 日
給 付 額	円

常務理事	事務長	担当者

健康保険 インフルエンザ予防接種補助金 請求書

請求日 : 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証 の記号番号	記号 番号	所属会社名	被保険者 の氏名		
			所属部署名	所属コード	社員NO.	
	住所	〒				
接 種 内 容	受診者 (被接種者)				受診者区分 (被接種者)	被保険者 ・ 被扶養者
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				
	補助金 請求状況	受診者について、当該年度対象期間(10/1(原則)～翌年1/31)に受診した分の請求は、はじめてですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 2回以上の請求はできません。				
	接種日	令和 年 月 日	費用	円		

●退職者または任意継続被保険者のみ以下の「支払金融機関」をご記入下さい。

支 払 金 融 機 関	金融機関名		支 店 名	
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	口座名義	(カナ) (漢字)	*口座名義は、被保険者ご本人です。 *カナ欄も忘れずにご記入ください。	

委 任 状	私は、事業主を代理人と定め、補助金を給与での受領を委任します。	
	本人(申請者)	住所 氏名
	※代理人(事業主)	住所 氏名

受 付 印

※請求に当たっての留意事項

1. この請求書は、予防接種後に提出して下さい。
2. お住まいの自治体から費用の助成がある場合でも、自己負担が発生するときは請求ができます。
3. 退職等で請求時に当健康保険組合の資格がなくても、予防接種時に資格があれば請求できます。
4. 毎年の接種開始日(原則10月1日)～翌年1月31日までの間に接種された方に対して1人、1回の補助です。
(被扶養者である子どもなどで2回接種した場合でも、合算しての請求はできません。補助は1回のみです。)
5. 申請者は太枠内の項目に申請者ご自身(手書き)で記入下さい。
6. この請求書は1人1枚作成し、領収書原本を必ず添付して下さい。インフルエンザ予防接種済証は必要ありません。
7. 委任状の本人の欄は、セック・山陽オカムラ・富士精工本社・イエ・砂畑産業所属、任意継続被保険者及び退職者は記入不要です。

※印の代理人欄は事業主(会社)が記入しますので、申請者は記入しないで下さい。