

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

記入例

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

健康保険被保険者証に書いてあるものを、そのまま転記してください。

請求日 : 令和 2 年 10 月 30 日

被保険者	被保険者証の記号番号	記号 1	所属会社名 (株) オカムラ	被保険者の氏名 岡村 太郎
	番号	99999	所属部署名 管理本部	所属コード 00A00
	社員NO.	9999		
	住所	〒 220-0004 神奈川県横浜市西区北幸2-7-18		
接種内容	受診者	岡村 太郎		受診者区分 被保険者 ・ 被扶養者
	生年月日	昭和・平成・令和 50 年 6 月 1 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~翌年1/31)に受診した分の請求は、はじめてですか。 <input checked="" 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 2 年 10 月 17 日	費用	3,000 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	本人(申請者)	住所 神奈川県横浜市西区北幸2-7-18 氏名 岡村 太郎
	※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

- この請求書は、予防接種後に提出して下さい。
- 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。
- 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。
- 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。)
- 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。
- 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。
- 委任状の本人の欄は、セック・山陽オカムラ・富士精工本社・イチエ・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。