


# インフルエンザ等予防接種 補助額請求書

H08

経済産業関係法人健康保険組合 理事長殿

提出日 令和 ● 年 12 月 15 日

被保険者証	記号	●●●●	氏名	山田 太郎 
	番号	●●●●		
実施人数	3	補助額 請求合計額	14,400 円	

※被保険者が自らフルネームで署名する場合には、被保険者の押印は不要です。

【請求内訳】 (1名の場合もご記入ください)

氏名	性別	生年月日				区分	接種した日				補助額請求額
		元号	年	月	日		元号	年	月	日	
山田 太郎	男 <input checked="" type="radio"/>	昭 <input checked="" type="radio"/>	●●	5	10	被保険者 <input checked="" type="radio"/> 被扶養者 <input type="radio"/>	令和 ●	11	10	4,200	
	女 <input type="radio"/>	平 <input type="radio"/>	●●	●●	●●						
山田 花子	男 <input type="radio"/>	昭 <input checked="" type="radio"/>	●●	11	9	被扶養者	令和 ●	11	10	4,200	
	女 <input checked="" type="radio"/>	平 <input type="radio"/>	●●	●●	●●						
山田 健一	男 <input checked="" type="radio"/>	昭 <input type="radio"/>	●●	3	15	被扶養者	令和 ●	11	10	6,000	
	女 <input type="radio"/>	平 <input checked="" type="radio"/>	●●	●●	●●		令和 ●	11	30		
	男 <input type="radio"/>	昭 <input type="radio"/>				被扶養者					
	女 <input type="radio"/>	平 <input type="radio"/>				被扶養者					
	男 <input type="radio"/>	昭 <input type="radio"/>				被扶養者					
	女 <input type="radio"/>	平 <input type="radio"/>				被扶養者					
	男 <input type="radio"/>	昭 <input type="radio"/>				被扶養者					
	女 <input type="radio"/>	平 <input type="radio"/>				被扶養者					

**【複数回接種する場合】**  
 予防接種の利用は複数回可能ですが、申請は1年度1回のみです。3,000円を2回接種した場合、1度目で申請したら2度目の3,000円は補助対象外となります。必ずまとめて申請して下さい。

**【自ら署名する場合】とは**  
 ●被保険者本人が手書きでフルネームを記載した場合に限ります。  
 ●第三者による記名、印刷、ゴム印等の場合は、押印が必要です。

### 【補助内容】

①補助の対象は、予防接種時に被保険者及び被扶養者である者です。

### 【請求】**【添付する領収書の留意事項】**

- ①予防接種を受けた方の氏名と予防接種であることを明記したものを添付してください。
- ②原則として、医療機関で記入したものとしますが、上記①の記載がない領収書を受取ってしまった場合は、領収書の余白にご自身でその旨記載してください。
- ③複数の方の領収額がまとめて記載されている場合は、領収書の余白にその内訳も記載してください。(記載例:「太郎分4200円、花子分4200円」等)
- ④この補助額請求書は、当該年度の3月15日までに事業所に提出してください。

### 【その他】

- ①「請求内訳」の「区分」欄1行目に限り、請求対象者が「被保険者」か「被扶養者」を選択してください。
- ②補助詳細につきましては、当組合ホームページ (<http://www.tsuken.or.jp>) もしくは勤務先の担当課にご確認ください。