（様式第１号）

H08

インフルエンザ等予防接種
補　助　額　請　求　書

経済産業関係法人健康保険組合　理事長殿

提出日　平成 29年 12月 15日

被保険者証	記号	●●●●	氏　　名	山田 太郎　印
	番号	●●●●		
実施人数	3		補　助　額 請求合計額	14,400 円

【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、従来通り押印が必要です。

※被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。

ください）

被保険者氏名	性別	生年月日				続柄	接種した日				補助額請求額
			年	月	日			年	月	日	
山田 太郎	男● 女○	昭● 平○	38	5	10	本人	平成	29	11	10	4,200
山田 花子	男○ 女●	昭● 平○	36	11	9	妻	平成	29	11	10	4,200
山田 健一	男● 女○	昭○ 平●	13	3	15	長男	平成	29	11	10	6,000
								29	11	30	
							平成				
							平成				
											14,400

【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。

【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、健一分3000円」）

【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。
②補助額は、年度当たり、１人１回6,000円を限度とします。

【請求・支払方法等】

①この補助額請求書に予防接種の費用であることが明記されている領収書を添えて、事業所を経由して健保組合へ申請してください。
（※任意継続被保険者の方は当組合へ直接郵送してください。）
②予防接種の利用は複数回可。ただし、<u>当組合への請求は１年度１回とします。</u>
③支払は、当健保組合加入時に提出いただいた「保険給付金等振込依頼書」の口座宛に振込みます。
④被保険者及び被扶養者の接種分を取りまとめて、家族単位で申請してください。
家族の費用をまとめて支払った領収書である場合は内訳(接種者名、費用)を付記してください。
⑤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 】

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。

H29年度用