

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 年 月 日

被保険者証	記号		氏 名	印
	番号			
実施人数			補助額 請求合計額	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			続柄	接種した日			補助額請求額
		年	月	日		年	月	日	
	男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/>				平成			
	男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/>				平成			
	男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/>				平成			
	男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/>				平成			
	男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/>				平成			
	男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/>				平成			
合 計									

【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、**当組合への請求は1年度1回とします。**
- 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。