

インフルエンザ予防接種補助金請求書

MBK連合健康保険組合 御中

令和 年 月 日

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので補助金を請求いたします。

なお、補助金受領方を所属の事業所に委任いたします。

事業所名称						
記号		(フリガナ) 被保険者氏名				
番号						
(フリガナ)			男 ・ 女	本人 ・ 家族	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
接種者 氏 名						
接種日	令和 年 月 日	窓口支払額 円			※補助金額 円	
(フリガナ)			男 ・ 女	本人 ・ 家族	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
接種者 氏 名						
接種日	令和 年 月 日	窓口支払額 円			※補助金額 円	
(フリガナ)			男 ・ 女	本人 ・ 家族	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
接種者 氏 名						
接種日	令和 年 月 日	窓口支払額 円			※補助金額 円	

※は健康保険組合記入欄になります

注 意 事 項

(注意 1) 太枠以外の事項をすべて記入してください。

(注意 2) 請求する方全員の領収書原本を裏面に貼ってください。提出のあった領収書は、原則、返却いたしません。

(注意 3) 領収書の原本には①から⑤すべての記載が必要です。

①医療機関名

②接種者氏名

③接種日(診療日)

④金額

⑤但し書きとして「インフルエンザ予防接種代」の明記

(注意 4) 対 象 者:被保険者および被扶養者

接種期間:10月1日から12月15日

補 助 額:上限 2,000 円

提出期限:翌年 1 月 15 日(組合必着)