

新型コロナワクチン接種補助金請求書（一般用・任継用）

申請年月日	令和 年 月 日	□	任意継続被保険者	
会社名		事業所名		
被保険者証記号・番号 ※06270094ではありません	-	社員番号		
被保険者氏名 (申請者氏名)	※補助金額ではありません			
接種費用				¥
接種者人数				名

接種者氏名			接種日		接種費用	補助金額 ※健保記入欄
被保険者氏名		本人	月	日	¥	¥
被扶養者氏名		家族	月	日	¥	¥
被扶養者氏名		家族	月	日	¥	¥
被扶養者氏名		家族	月	日	¥	¥
被扶養者氏名		家族	月	日	¥	¥
					補助金額	¥
任意継続被保険者は指定口座に振込みいたします⇒					振込日	月 日

- 添付する「領収書（原本）」をご確認ください！ ※領収書はお返ししません
 - ①接種者（フルネーム） ②接種日 ③医療機関名 ④接種費用（2人以上の場合、内訳明細も添付）
 - ⑤新型コロナワクチン接種であることが明記してあるもの（ワクチンのみは不可）

●注意事項

- ◎対象者：定期接種・任意接種を受けた日において、東洋アルミ健保の資格がある方
- ◎対象期間：10月1日～翌年1月末日
- ◎請求期間：10月10日～翌年2月10日 ※期間中、申請は原則1回限り
- ◎補助額：1人につき1回2,000円(税込)まで
 - ※2,000円未満の場合は実費補助
- ◎支払方法：10日までの受付分を翌月20日にて支給いたします

受付印