

インフルエンザ予防接種補助金請求書（被扶養者用）

申請年月日	令和 年 月 日			
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 ※2回接種者は1名で計算してください			
接種費用				¥
接種者人数				名

接種者氏名	接種日		接種日		接種費用	補助金額 ※健保記入欄
	1回目		2回目 (13歳未満)			
	月	日	月	日		
被扶養者氏名					¥	¥
被扶養者氏名					¥	¥
被扶養者氏名					¥	¥
被扶養者氏名					¥	¥
被扶養者氏名					¥	¥
					補助金額	¥

- 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インフルエンザ 予防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：
 - 1) 予防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
 - 2) 65歳以上で公的補助を受けた方の費用も補助します
 - 3) 13歳未満で2回接種した方の費用も各5,000円補助します
- ◎対象期間：10月1日～翌年3月末日
- ◎請求期間：10月10日～翌年4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5,000円(税込)まで
 - ※5,000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