

インフルエンザ予防接種補助金請求書（任継用）

申請年月日	令和	年	月	日
被保険者証記号・番号		-		
被保険者氏名 (申請者氏名)				
接種費用	¥	※補助金額ではありません		
接種者人数	名			

※2回接種者は1名で計算してください

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		
被保険者氏名		本人					¥	¥
被扶養者氏名		家族					¥	¥
被扶養者氏名		家族					¥	¥
被扶養者氏名		家族					¥	¥
被扶養者氏名		家族					¥	¥
							補助金額	¥
							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日にて振込いたします

受付印

※事業所（診療所）が実施する接種を受けた方は対象外です