

インフルエンザ予防接種補助申請書(任意継続者及び被扶養者対象)

事業所名			
保険証/記号・番号	-	被保険者名	印

接種者氏名	続柄	予防接種 実施月日	補助申請額
		月 日	円
		月 日	円
		月 日	円
		月 日	円

- ※ 「補助申請額」欄には、医療機関に支払った額ではなく、補助申請する金額を記載する。
- ※ 補助額は、対象者1人につき上限3,000円。(3,000円に満たない場合は実費)
- ※ 対象期間は、10月1日から12月末日。
- ※ 医療機関の『領収書』について、宛名は接種者(任意継続者及び被扶養者)、またインフルエンザ予防接種の費用である旨も必ず明記されている事。

領収書添付欄

※ 領収書 チェックポイント

- ① 宛名欄には、接種者(被扶養者)の名前が記載されていますか？
- ② 「インフルエンザ予防接種費用」等と記載されていますか？

医療機関 関係者 各位

弊健保組合「インフルエンザ予防接種」費用補助制度へのご対応のお願い

弊健保組合の任意継続者及び被扶養者が、弊健保組合の費用補助制度を利用して、今回インフルエンザ予防接種を受けます。

弊健保組合の「インフルエンザ予防接種 費用補助」を受ける為には、『領収書』について、宛名は接種者(任意継続者又は被扶養者)、またインフルエンザ予防接種の費用である旨も明記されている事が絶対条件となりますので、ご協力をお願いします。

三井製糖北糖健康保険組合

(ご不明な点がありましたら、お手数ですが弊健保組合まで問合せ願います)

TEL 03-3662-5056