

有印文書につきFAX送信は受け付けられません。

(予防12)その1

インフルエンザ予防接種補助金請求書(事業所担当者用)

平成 年 月 日

1.区分の該当に		被保険者(本人)のインフルエンザ集団予防接種 (補助額上限 1人 2,000円)
		被扶養者(家族)のインフルエンザ予防接種 (補助額上限 1人 2,000円)
2.インフルエンザ予防接種総額	円	
3.健保負担額	円	
4.予防接種日	自平成 年 10月 1日 ~ 至平成 年 12月 31日	
5.予防接種人数	名	
6.事業所名称		8.担当者の保険証の記号・番号
7.担当者の氏名		

受付印

委任状
インフルエンザ接種費用補助金の受領を (受任者)に委任いたします。 代表する被保険者(委任者) 氏名 (7.担当者が委任者となります)

--

その2 証票として、領収書コピー、又は請求書及び支払済みであることを証する書類のコピーをA4サイズで添付のこと。証票には、接種日、「インフルエンザ予防接種代」であることの記載があるものに限る。

有印文書につき F A X 送信は受け付けられません。

	被保険者証記号	被保険者証番号	接種を受けた方の氏名	被保険者との続柄	接種医療機関名	接種日	接種費用	2回目接種なし
1						30年 月 日	円	
2						30年 月 日	円	
3						30年 月 日	円	
4						30年 月 日	円	
5						30年 月 日	円	
6						30年 月 日	円	
7						30年 月 日	円	
8						30年 月 日	円	
9						30年 月 日	円	
10						30年 月 日	円	
11						30年 月 日	円	
12						30年 月 日	円	
13						30年 月 日	円	
14						30年 月 日	円	
15						30年 月 日	円	
16						30年 月 日	円	
17						30年 月 日	円	
18						30年 月 日	円	
19						30年 月 日	円	
20						30年 月 日	円	