

(予防 11) その 1

## インフルエンザ予防接種補助金請求書

平成 年 月 日

①被保険者証の記号・番号		②被保険者氏名		③事業所名称	
記号					
番号					
予防接種を受けた方 のお名前	被保険者 との続柄	予防接種を受けた医療機関名	接種日	接種費用	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
予防接種にかかった費用の合計				円	
<b>【留意事項】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● インフルエンザ予防接種を 10 月～12 月までの 3 カ月間に受けた被保険者・被扶養者を対象とします。</li><li>● 被保険者・被扶養者毎に、接種費用のうち 2,000 円（年 1 回）を上限として補助します。</li><li>● インフルエンザ以外の予防接種は、補助対象外となります。</li><li>● 請求書の提出は、領収書（原本）を「領収書貼付票（その 2）」に貼付して、<u>被保険者が勤務する事業所の健保担当者宛に送付してください。補助金の支払いは、事業所（受任者）経由でお支払いいたします。（ただし、任意継続被保険者は、当組合宛）</u></li></ul> <b>【請求に関するお問い合わせ先】</b> <p>〒103-8427 東京都中央区日本橋本町 4-15-9 伊藤忠連合健康保険組合 業務課保健事業担当 宛 TEL:03(3662)9953</p>					

「委任状」欄の被保険者（委任者）欄に署名・捺印をお願いします。

受 付 印

委 任 状	
インフルエンザ予防接種補助金の受領方を	
(受任者	Ⓜ) に委任いたします。
被保険者（委任者）氏名	Ⓜ

--

伊藤忠連合健康保険組合

## 領 収 書 貼 付 票

平成 年 月 日

①被保険者証の記号・番号		②被保険者氏名	③事業所名称
記号			
番号			

※下欄に領収書（原本）を貼付してください。

- ※ 領収書は、インフルエンザ予防接種代として【どなた】が【いくら】か、判別できる物に限ります。
- ※ 2回接種される場合、1回分で上限 2,000 円未満の場合は、2回分まとめて申請願います。