

(予防 11) その 1

インフルエンザ予防接種補助金請求書 (任意継続用)

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	9999			任意継続被保険者	
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	
【留意事項】 <ul style="list-style-type: none">● 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。● 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。● 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。● 領収書 (原本) を「領収書貼付票 (その 2)」に貼付してください。● 補助金のお支払は、任意継続資格取得申請書にご記入いただいた口座となります。 【請求に関するお問い合わせ先】 <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>					

受 付 印

--

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	9999		任意継続被保険者
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、2回分をまとめて申請願います。