

◎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領収書貼付票に領収書(原本)を添付のこと。

※領収書に「インフルエンザ予防接種代」と明記又は判断できるものに限る。

◎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2

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回分をまとめて申請願います。