

常務理事	事務長	担当者

補助金 支給決定金額 (健保使用欄)	円
--------------------------	---

インフルエンザ予防接種補助金請求書

【*1回の接種につき2,000円までの実費補助(15歳以下:2回まで、16歳以上:1回まで)】

キューピー・アヲハタ健康保険組合 理事長殿

医療機関でインフルエンザの予防接種を受けましたので、補助金を請求いたします。

..... 以下の空欄を全て記入して下さい

請求者氏名 [被保険者]	(保険証に記載された名前で記入)	保険証	記号	番号	枝番 〇〇
事業所名[会社名]		部署名		記入日	
				年 月 日	
領収書チェック (レ点をつける)		<input type="checkbox"/> 1人分の接種料金および接種日の記載がある <input type="checkbox"/> 宛名に予防接種を受けた人のフルネームが書かれている(会社名は不可) <input type="checkbox"/> 但し書きで「インフルエンザ予防接種代」と明記されている			
漏れがある場合は返却・再提出となりますのでご注意ください					
接種者氏名	続柄	年齢	接種月日		補助請求額 上限2,000円/回の実費
			1回目	2回目[15歳以下のみ]	
			月 日	月 日	円
			月 日	月 日	円
			月 日	月 日	円
			月 日	月 日	円
			月 日	月 日	円
続柄 : 本人・妻・長男・長女など ※15歳以下とは、次の4月1日時点で15歳以下のことをいいます					合計 円

提出する書類と注意事項

提出物は次の2点です

- 請求書: 当用紙に必要事項を**記入してください**。
- 領収書: <原本のみ> (予防接種は医療費控除の対象ではありません)

領収書見本

★注意★

この請求書に領収書は
貼付けないでください

接種者名

QP太郎様

領収書

接種日

〇〇年〇月〇日

¥ 3,500

但し書き

但 インフルエンザ予防接種代として
上記正に領収いたしました

病院名
病院印

東京都〇区〇町1
電話 03-1234-5678
△△病院

△△
病院

接種日: 支払日と異なる場合は、医療機関窓口で領収書に接種月日を記入してもらってください

- * 在職者は給与口座に「健保還付金」として振り込みます。
- * 任意継続の方は「任意継続資格取得申請書」に記入いただいた口座に振り込みます。
- * 健保組合は仙川キューポート内です。社内便がある場合は社内便でお送りください。