

平成26年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書（個人宛振込用）

補助金申請期限 平成27年3月31日(水) 必着

住商連合健康保険組合 行 下記のとおり請求いたします。 (別紙領収証貼付表を添付) 必ず領収証は原本													
										平成	年	月	日
被保険者	記号	番号	氏名						会社名				
			(印)										
	住 所						被保険者連絡先電話番号						
	〒												
予防接種を受けた方	接種者		本人家族	接種日			医療機関名			支払った金額			
	(S・H 年 月 日) 歳			① 平成 年 月 日						円			
				② 平成 年 月 日									
	(S・H 年 月 日) 歳			① 平成 年 月 日						円			
				② 平成 年 月 日									
	(S・H 年 月 日) 歳			① 平成 年 月 日						円			
				② 平成 年 月 日									
	(S・H 年 月 日) 歳			① 平成 年 月 日						円			
				② 平成 年 月 日									
	(S・H 年 月 日) 歳			① 平成 年 月 日						円			
				② 平成 年 月 日									
	補助金請求合計				《組合記入欄》				本		円		
								家					
振 込 先 (被保険者名義)													
銀行コード							銀行名					銀行 金庫 農協	
支店コード							支店名					支店 出張 所 支所	
種目	当座・普通						口座番号 (右詰)						
口座名義 (カタカナ)													
ゆうちょ銀行ご希望で、上記銀行コード・支店コード等が不明な方は下記に記号・番号のご記入をお願いします。													
記号							番号						
										事業所担当者確認印 : (印)			

※補助金申請のご注意

添付資料：領収証(原本)《領収証貼付表にのりづけして下さい》

領収証に下記事項の記載が必要ですのでご確認をお願いいたします

- “インフルエンザ予防接種”であることがわかる内容
- 接種者の氏名(複数名で接種の場合はその金額の内訳も必要です)
- 接種を受けた病院名・電話番号
- 接種年月日
- 支払い金額(他の項目と一緒に接種された場合は接種にかかる金額がわかること)

満12歳以下で2回接種の場合は、まとめて2回分を請求したものに限りません。

受付日付印

領収証貼付表

記号	番号	氏名

この用紙にのり付けして下さい

領収書は必ず原本

- ・接種者名・金額・病院名・日付の記載が必ずあるもの
- ・インフルエンザ予防接種費用であるとわかるもの

※上記の項目が一つでも記載されていない場合は、被保険者の方が領収証に記入していただき、下記の欄に署名・捺印して下さい。

(署名・捺印された場合は領収書が重ならないように貼り付けて下さい。)

上記添付領収証につき、記入した項目について間違いがない事を認めます。

平成 年 月 日

署名 _____ 印