

平成26年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書（会社口座振込用）

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 26 年 12 月 5 日

被 保 険 者	記号	番号	氏 名	会社名
	800	23	保険 二郎 	××株式会社
	住 所			被保険者連絡先電話番号
〒 東京都...				03-1111-1111

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
	保険 二郎 (S・H 47年10月5日) 42歳	本人	① 平成26年10月3日 ② 平成 年 月 日	◆◆クリニック	4,000 円
	保険 花子 (S・H 49年4月2日) 40歳	家族	① 平成26年10月3日 ② 平成 年 月 日	◆◆クリニック	4,000 円
	保険 うめ (S・H 16年9月30日) 10歳	家族	① 平成26年10月3日 ② 平成26年11月11日	◆◆クリニック	5,000 円
	(S・H 年 月 日) 歳		① 平成 年 月 日 ② 平成 年 月 日		円
	(S・H 年 月 日) 歳		① 平成 年 月 日 ② 平成 年 月 日		円

12歳以下で2回接種の方は、
必ず2日間の受診日の記載をお願いします。
2日間の記載のないものは、1回分のみのお支払
になります。

2回分をまとめてお支払いをされた方は、
領収書に2回分と分かるように明記下さい

補助金請求合計	《組合記	円
振 込		

会 社 口 座

事業所担当者確認印 : 

※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す。

受付日付印