

## 平成29年度インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書

①提出日:平成 年 月 日 ※太枠の①～⑬を全てご記入ください。 ↓押印を忘れずにお願いします。

②健康保険証	記号	フリガナ	④	⑤日中の連絡先
	番号	③被保険者氏名		

⑥住所(申請書及び領収書に不備があった場合に返戻いたします)  
〒

【接種を受けた方について記入】被保険者本人の接種でも必ず記入ください。

⑦	カナシメイ 接種者氏名	⑧ 性別	⑨ 生年月日	⑩接種日1	接種日2	⑪補助金請求額
セイ	メイ	男	S 年 月 日	月 日	月 日	円
姓	名	女	H 年 月 日	月 日	月 日	円
セイ	メイ	男	S 年 月 日	月 日	月 日	円
姓	名	女	H 年 月 日	月 日	月 日	円
セイ	メイ	男	S 年 月 日	月 日	月 日	円
姓	名	女	H 年 月 日	月 日	月 日	円
セイ	メイ	男	S 年 月 日	月 日	月 日	円
姓	名	女	H 年 月 日	月 日	月 日	円

## ⑫【補助金請求額合計】

※補助金請求額の上限は1人につき3,000円(税込)。接種費用が3,000円未満の場合は実費が上限。

円

⑬ 領収書合計枚数 枚 ※申請書裏面に領収書(原本)をセロハンテープで貼付してください。(レシートは不可)

【申請書提出期限】平成30年2月5日(月) &lt;郵送&gt;当日消印有効 &lt;メール便&gt;SCSK健康保険組合必着

【提出先住所】〒135-8110東京都江東区豊洲3-2-20豊洲フロント15F SCSK健康保険組合 保健事業担当宛

※期限を過ぎるとお支払いできませんので、お早目にご提出ください。

## 【注意事項】提出前に必ずご確認ください

<対象者> SCSK健康保険組合に加入の被保険者及び被扶養者(SCSK健康保険組合の保険証をお持ちの方)  
※夫婦ともSCSK健康保険組合の被保険者の場合は別々に申請し、子ども等扶養者の分は扶養している方が申請してください。

&lt;補助金対象期間&gt;平成29年9月1日(金)～平成30年1月31日(水)

&lt;領収書&gt;医療機関にて以下の①～⑥の内容を明記した領収書をもってください。※レシートは不可

①宛名(接種者氏名:フルネーム)※世帯合算の場合は接種者全員のフルネームを明記してください。

②接種費用(インフルエンザ単価)※世帯合算の場合は接種者ごとの単価を明記してください。

③接種年月日 ④医療機関名 ⑤医療機関印(領収印)

⑥但し書き(インフルエンザ予防接種費用と明記)※予防接種代・ワクチン代では不可

※領収書に但し書きがなく、明細書に「インフルエンザ予防接種費用」と明記がある場合は領収書と明細書の両方をご提出ください。

明細書のみ提出は補助対象外となります。領収書と明細書をお間違いないようご提出ください。

領収書は必ず原本を添付してください。

※申請書及び領収書に不備がある場合は⑥にご記入いただいたご住所に返戻いたします。