

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

住友金属健康保険組合 御中

健保受付印

次に該当する方は申請出来ませんのでご注意ください！
 ①被保険者で事業主(会社)からの補助を受けた場合
 ②自己負担額が1,000円(消費税除く)／回以下の場合

申請日 平成 年 月 日			
申請者		予防接種を受けた方 (※被保険者の場合は記入不要)	
被保険者証記号・番号		接種者氏名	
氏名	本人自ら署名した場合、印は不要です。 (印)	続柄	
(所属番号) 所属名	()	生年月日	S H 年 月 日 (才)
社員番号		接種した回数	_____回
連絡先(TEL)	(外線) (内線)	(健保補助制度対象分)	※ 12歳(小学生)以下は2回 その他は1回を限度とする
予防接種に要した金額	_____円 ※領収書の金額を記載		
予防接種を受けた医療機関等の名称・所在地	所在地 _____		
	名称 _____		

支給決定額 1,000 円
 ※健保記入欄 2,000 円

領収書貼付け欄 ※領収書原本添付(コピー不可)

【領収書について】 必ずお読み下さい！

★ 領収書は1人1枚とし、複数人接種の場合は合算ではなく各々領収書をもって下さい。
 また医療機関による次の記載項目が必要です。
 ※ レシートタイプの領収書で、次の必要記載事項が不足している場合は医療機関で追加記入し医療機関の押印があれば可。

- ① 接種者氏名(支払者氏名が記載されている場合は接種者氏名を下に記載)
- ② 接種内容(接種回数・インフルエンザ予防接種と明記)
 接種回数は12歳(小学生)以下で1枚の領収書に2回以上の接種料金が記載されている場合に回数の記載が必要 (注)記載が無い場合は1回分とみなす
- ③ 接種年月日
- ④ 窓口で支払った金額
- ⑤ 医療機関名
- ⑥ 医療機関の印

※領収書が貼付欄に収まらない場合は、A4コピー用紙に貼付け申請書の後ろに重ね左上をホチキスでとめて下さい。(クリップ不可)