

# 【記入要領】 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 23 年 11 月 15 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	10 1234567	接種者氏名	〇〇 〇〇〇				
氏名	本人自ら署名した場合、印は不要です。 〇〇 〇〇〇 (印)	続柄	長男				
(所属番号) 所属名	( 1234 ) △△部〇〇室	生年月日	<table border="1"><tr><td>S</td><td>△△年〇〇月□□日 (〇〇才)</td></tr><tr><td>H</td><td></td></tr></table>	S	△△年〇〇月□□日 (〇〇才)	H	
S	△△年〇〇月□□日 (〇〇才)						
H							
社員番号	1234567	接種した回数	1 回				
連絡先 (TEL)	(外線) 00-1234-5678 (内線) 1234	(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	〇,〇〇〇 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 大阪市〇〇区〇〇町〇〇番地 〇〇 名称 〇〇〇〇病院						

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らって下さい。
- ★ ①～⑥の項目は必ず記載が必要 (※領収書を受けとった時点で必ず確認して下さい。)
- ★ 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記載

〇〇 〇〇〇 様  
(△△ △△様分)

④窓口で支払った金額

領収書

平成〇〇年△△月□□日

〇, 〇〇〇 円

【原本】

③接種年月日

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

※2回

⑤医療機関名

〇〇〇〇病院

⑥医療機関の印

印

②「インフルエンザ予防接種代」と明記し、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は、回数の記載が必要(注)回数の記載が無い場合は1回分とみなす。

※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)