

保険証に記載の「記号」、
「番号」を記入してください

予防接種補助金 請求書

123 — 4567		大建 太郎		所属部・課名 〇〇部 ●●課		事業所の名称 大建工業(株)	
接種を受けた被保険者及び被扶養者	大建 太郎(50歳)			氏名と年齢を記入してください			
	大建 花子(47歳)						
	大建 一郎(12歳) × 2回						
	本人と家族分(小学生以下で2回接種の場合は2回分を記入)を1枚の請求書にまとめて申請してください。						
合計	内訳:(4) × 1,000円 4,000円			※領収証(写し可)を糊等で貼付けしてください こちらに貼付けできない場合は、裏面に貼付けしてください 注意: ホチキス、 セロハンテープ使用不可			
接種を受けた医療機関名 〇〇〇病院、××クリニック							
上記により請求します。 令和 〇〇 年 ×× 月 △△ 日 大建工業健康保険組合 理事長 殿							
被保険者住所		〒〇〇〇-××××					
〇〇市××町△丁目12-34							
氏名(申請者)		大建 太郎		印			
支給決定	令和 年 月 日		支給決定の上通知してよろしいか		令和 年 月 日		
	決定金額	円	常務理事	事務長・係	出納印	出納係	
	____月 給与						

*本人と家族分(小学生以下で2回接種の場合は2回分を記入)を1枚の請求書にまとめて申請してください。

*お支払いは、毎月20日締め翌月給与払いです。

*申請書受付期限は毎年2月19日(休みの場合は前営業日) 健保必着。

*任意継続加入者は対象外となります。