

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

任意継続者用

「インフルエンザ予防接種費用補助申請書」

本申請書に関し、健康保険組合へ以下のごとく申請します。

(申請者本人の署名)

記号・番号	記号	50	番号	
受診者氏名				
接種日	令和 年 月 日			
医療機関名				
接種料金	円(領収書の金額)			
費用補助料金	円(上限2,500円)			
利用内容	インフルエンザ予防接種費用補助として			

※インフルエンザ予防接種費用補助を申請する場合、裏面に「領収書」の原本を添付してください。
※インフルエンザ予防接種費用補助を受けられる対象者は、当健康保険組合に加入している被保険者(本人)となります。
※補助金額は、1人当たり金額2,500円(税込み)が上限となります。
(予防接種費用が2,500円未満の場合には実費を補助します。)

《補助金振込先》 ※振込先の記載をお願い致します。

送金先	銀行 信用金庫 信用金庫	支店												
	普通・当座	口座 番号												
口座 名義	フリガナ													

担当者

健保組合受付印

領収書添付欄

ここに領収書を糊付けしてください