

申請日

令和 ●●年 ●●月 ●●日

<記入例>

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)

プリマ健保 太郎(自署)

記号・番号	記号	50	番号	●●●
受診者氏名	プリマ健保 太郎			
接種日	令和 ●●年 ●●月 ●●日			
医療機関名	●●病院			
接種料金	※領収証の金額を記入してください。 3,000 円(領収書の金額)			
費用補助料金	※支払額が2,500円に満たない場合は、領収証の金額を記入してください。 2,500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	口座番号は左詰めで記入してください ■■ 支店											
	●● 普通 当座	口座番号	×	×	×	×	×	×	×				
口座名義	フリガナ プリマケンポ タロウ												
	プリマ健保 太郎												

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

領収証
(原本)