

平成28年度インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書

①提出日:平成 年 月 日 ※太枠の①～⑬を全てご記入ください。 ↓押印を忘れずにお願いします。

②健康保険証	記号	③被保険者氏名	フリガナ	④印	⑤日中の連絡先
	番号				

⑥住所(申請書及び領収書に不備があった場合に返戻いたします)

〒

【接種を受けた方について記入】被保険者本人の接種でも必ず記入ください。

⑦	カナシメイ 接種者氏名	⑧ 性別	⑨ 生年月日	⑩接種日1	接種日2	⑪補助金請求額
セイ	メイ	男	S 年 月 日	月 日	月 日	円
姓	名	女	H 年 月 日	月 日	月 日	円
セイ	メイ	男	S 年 月 日	月 日	月 日	円
姓	名	女	H 年 月 日	月 日	月 日	円
セイ	メイ	男	S 年 月 日	月 日	月 日	円
姓	名	女	H 年 月 日	月 日	月 日	円
セイ	メイ	男	S 年 月 日	月 日	月 日	円
姓	名	女	H 年 月 日	月 日	月 日	円

⑫【補助金請求額合計】

※補助金請求額の上限は1人につき3,000円(税込)。接種費用が3,000円未満の場合は実費が上限。

円

⑬ 領収書
合計枚数 枚 ※申請書裏面に領収書(原本)をセロハンテープで貼付してください。(レシートは不可)

【申請書提出期限】平成29年2月6日(月) <郵送>当日消印有効 <メール便>SCSK健康保険組合必着

【提出先住所】〒135-8110東京都江東区豊洲3-2-20豊洲フロント15F SCSK健康保険組合 保健事業担当宛

※期限を過ぎるとお支払いできませんので、お早目にご提出ください。

【注意事項】提出前に必ずご確認ください

<対象者> SCSK健康保険組合に加入の被保険者及び被扶養者(SCSK健康保険組合の保険証をお持ちの方)
 ※夫婦ともSCSK健康保険組合の被保険者の場合は別々に申請し、子ども等扶養者の分は扶養している方が申請してください。

<補助金対象期間>平成28年9月1日(木)～平成29年1月31日(火)

<領収書>医療機関にて以下の内容を明記した領収書もらってください。※レシートは不可

①宛名(接種者氏名:フルネーム)※世帯合算の場合は接種者全員のフルネームを明記してください。

②接種費用(インフルエンザ単価)※世帯合算の場合は接種者ごとの単価を明記してください。

③接種年月日

④医療機関名

⑤医療機関印(領収印)

⑥但し書き(インフルエンザ予防接種費用と明記)※予防接種代・ワクチン代では不可

※領収書に但し書きがなく、明細書に「インフルエンザ予防接種費用」と明記がある場合は領収書と明細書の両方をご提出ください。

※申請書及び領収書に不備がある場合は⑤にご記入いただいたご住所に返戻いたします。