

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①～⑦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	100	フリガナ	④印	⑤日中の連絡先
	番号		③被保険者氏名		
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) 〒					
⑦振込先	銀行			本店・支店	
	銀行コード ()		支店コード ()		
⑧口座	当座預金・普通預金		⑨口座番号		
⑩口座名義人(カタカナ)					

【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。

⑪	カナシメイ 接種者氏名	⑫ 性別	⑬ 生年月日	⑭接種日1	接種日2	⑮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

⑯【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

⑰ 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をもってください。※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。