［健保記入欄］	

四国電力健康保険組合

予防接種費用補助申請書（平成27年度）

（注）本人・家族分まとめて一括申請してください。ご夫婦共に被保険者の場合は、個別に申請してください。

申請者記入欄

申請日　平成　　年　　月　　日

（注）記入欄はエンピツ書き不可

被保険者証 記号・番号	記号		番号	被保険者 氏名	申請印
会社名				所属名	
日中連絡可能な連絡先				電話　（　　）　　－	
被保険者住所	〒　　－ 電話　（　　）　　－				

※同一人物が異なる種類の予防接種を受けた場合は、いずれか１種類のみご記入ください。

予防接種を受けた方				予防接種種別(**該当に○**)		接種年月日	［健保記入欄］ 補助額
氏名①		生年月日	昭和 平成　　年　月　日		インフルエンザ（　回分）	H　・　・	円
						接種費用	
性別	男　・　女	続柄			その他（　　）	円	□上限補助
氏名②		生年月日	昭和 平成　　年　月　日		インフルエンザ（　回分）	H　・　・	円
						接種費用	
性別	男　・　女	続柄			その他（　　）	円	□上限補助
氏名③		生年月日	昭和 平成　　年　月　日		インフルエンザ（　回分）	H　・　・	円
						接種費用	
性別	男　・　女	続柄			その他（　　）	円	□上限補助
氏名④		生年月日	昭和 平成　　年　月　日		インフルエンザ（　回分）	H　・　・	円
						接種費用	
性別	男　・　女	続柄			その他（　　）	円	□上限補助
氏名⑤		生年月日	昭和 平成　　年　月　日		インフルエンザ（　回分）	H　・　・	円
						接種費用	
性別	男　・　女	続柄			その他（　　）	円	□上限補助

申請における注意事項

◆申請する際は**必要項目が記載された領収書（レシート可）の原本**を、「領収書等貼付用台紙」に貼付し、当申請書と併せてご提出ください。
※領収書の返却はできませんので、あらかじめご了承ください。

◆市町村等から費用補助を受けた場合は、補助金額を除いた、実際に負担した額をご記入ください。

〔　※本申請書および証明書等の証拠書類は、健診事業運営のために使用し、その他の用途には使用しません。〕

［健保記入欄］ 補助額合計	円

受　付	登　録	支　払
．　．	．　．	．　．

※申請書と領収書等貼付用台紙は必ず別々の紙面で
　クリップ止めしてご提出ください

四国電力健康保険組合

領収書等貼付用台紙

被保険者証 記号・番号	記号		番号		被保険者氏名	

領収書等の裏側の上端を糊付けし、貼り付けてください。（申請書記載の順番で貼り付けてください）
2回接種を受けた場合は、重ねて貼ってください。

申請欄①の領収書等

貼　付

申請欄②の領収書等

貼　付

申請欄③の領収書等

貼　付

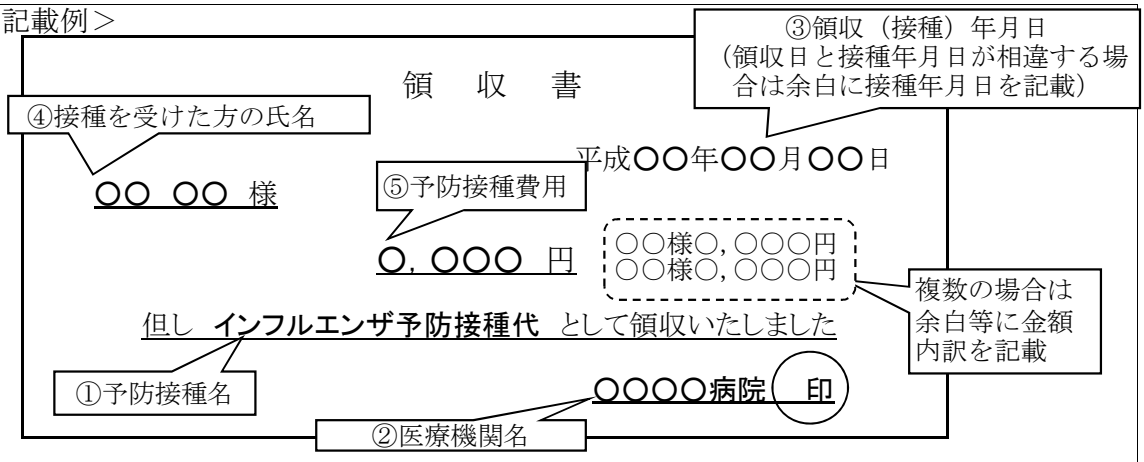
申請欄④の領収書等

貼　付

申請欄⑤の領収書等

貼　付

＜領収書記載例＞



◆下記①～⑤の項目が記載されていれば、領収書の様式は問いません。
①「〇〇〇〇〇(予防接種名)予防接種代」と明記(例：インフルエンザ予防接種代 等)
②医療機関名　③接種年月日　④接種を受けた方の氏名　⑤予防接種費用(複数の場合は内訳が必要)
領収書にかえてレシートでも受付ますが、項目が記載されていない場合は、予防接種済証等、
上記項目が分かる書類を併せて添付してください。
上記項目が確認できない場合は一旦返却することがあります。