

黄色の欄・箇所を全てご記入ください。
(記入漏れがある場合、一旦ご返却することもあります)

[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 27年 11月 18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	4000	番号	12345	被保険者 氏名	健保 太郎	申請 印	健保
会社名	〇〇〇〇株式会社				所属名	〇〇部 〇〇課		
日中連絡可能な連絡先					電話	(〇〇〇) 〇〇〇〇- 〇〇〇〇		
被保険者住所	〒 760 - 0000 香川県 〇〇市 〇〇町 〇-〇〇							電話 (〇〇〇)〇〇〇- 〇〇〇〇

※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	補助額
氏名①	健保 太郎	生年月日	昭和 〇〇年 6月 10日 平成	○ インフルエンザ(1回分)	H 27・11・2 接種費用	円
性別	男・女	続柄	本人	その他()	3,000 円	□上限補助
氏名②	健保 花子	生年月日	昭和 〇〇年 5月 1日 平成	○ インフルエンザ(1回分)	H 27・11・5 接種費用	円
性別	男・女	続柄	妻	その他()	3,000 円	□上限補助
氏名③	健保 一郎	生年月日	昭和 〇〇年 12月 1日 平成	○ インフルエンザ(2回分)	H 27・11・13 接種費用	円
性別	男・女	続柄	長男	その他()	4,500 円	□上限補助
氏名④	健保 あかり	生年月日	昭和 〇〇年 9月 30日 平成	インフルエンザ(回分)	H 27・9・18 接種費用	円
性別	男・女	続柄	長女	○ その他(おたふくかぜ)	4,000 円	□上限補助
氏名⑤		生年月日	昭和 年 月 日 平成	インフルエンザ(回分)	H . . 接種費用	円
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
クリップ止めてご提出ください

※事務処理の都合により、
両面印刷は行わないでください

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 4000	番号 12345	被保険者氏名 健保 太郎
----------------	------------	-------------	-----------------

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>

領 収 書		③領収(接種)年月日 (領収日と接種年月日が相違する場合は余白に接種年月日を記載)
④接種を受けた方の氏名 〇〇 〇〇 様	⑤予防接種費用 〇, 〇〇〇 円	平成〇〇年〇〇月〇〇日
但し インフルエンザ予防接種代として領収いたしました		〇〇様〇, 〇〇〇円 〇〇様〇, 〇〇〇円 複数の場合は 余白等に金額 内訳を記載
①予防接種名 〇〇〇〇〇〇	②医療機関名と領収印 〇〇〇〇〇〇病院 印	

◆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医療機関名と領収印 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。