

平成29年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請期間：平成29年10月11日～平成30年3月12日（当健保組合必着）

接種期間：平成29年10月 1日～平成30年2月28日（接種日時点で当健保加入者に限ります）

5

この申請書に必要な事項をご記入のうえ、領収書(A)(この申請書の裏面にあります)または領収書(B)(医療機関が発行した領収書の事です)のいずれかを医療機関に発行してもらい、申請書と一緒に健保組合健康管理課インフルエンザ係まで送付してください。

領収書(B)の注意点 (①～⑥全項目がないと受付できません。)

① 医療機関が発行した領収書(原本)

医療費明細書のみや、接種済証のみでは受付できません。

② 接種年月日

接種日が不明・不明瞭では受付できません。

③ 接種者氏名 ④インフルエンザ接種料金

接種者の漢字間違いがあった場合は受理できません。

複数名分の料金を1枚の領収書にまとめる場合は、それぞれの氏名と料金が明確になっている必要があります。

領収書(B)例 ① 領収書

② 平成29年10月10日

③ 川崎 花子 様 3,500円 ④

川崎 太郎 様 7,000円

⑤ 但し、インフルエンザ予防接種代として

⑥ ○○○○病院 印

⑤ 領収書にインフルエンザの予防接種代であることの明記 明記されていない場合は、インフルエンザの予防接種代である事が明記されている医療費明細書を領収書とあわせて添付していただければ幸いです。明細書等がない場合は、医療機関にて領収書に手書きで追記していただき、病院代表者の印もしくは、受付担当者の印の押印をお願いしてください。

⑥ 医療機関名 領収印の欄がある場合は領収印がなければ受付できません。

1. 申請者(被保険者)

太枠内 1. ～3. を記入してください。

保険証	記号				会社名	
	番号					所属
被保険者	フリガナ				連絡先 (内線可)	
	氏名					

2. 振込先金融機関(ゆうちょ銀行以外でお願いします)

銀行名	銀行 信金 農協 労金 その他 ()	分類	普通 当座
支店名	支店 本店 出張所	← ↑ 下線部分は該当するものを○で囲ってください ↑	
口座番号 (右詰め)		口座名義 (カタカナ)	

3. 接種者情報

口座名義は必ずお勤めの被保険者(本人)名義に限ります ↑

	接種者氏名		続柄 妻・長女 二男など	生年月日		領収書合計金額 2回接種の場合 その合計を記入	補助金支給額 上限額は 4,000円です	
	姓と名をそれぞれの欄に カタカナで記入してください			昭和・平成どちらかを選び 和暦で書いてください				
記入例 1	カワサキ	ハナコ	妻	昭和	平成	60年10月2日	3,500円	3,500円
記入例 2	カワサキ	タロウ	長男	昭和	平成	22年7月5日	7,000円	4,000円
1人目				昭和	平成	年 月 日	円	円
2人目				昭和	平成	年 月 日	円	円
3人目				昭和	平成	年 月 日	円	円
4人目				昭和	平成	年 月 日	円	円
5人目				昭和	平成	年 月 日	円	円

健保使用欄				-			区分	1	種別		人数	E-
-------	--	--	--	---	--	--	----	---	----	--	----	----

平成29年度 インフルエンザ予防接種補助金申請用領収書(A)

医療機関の方へ(訂正する場合は誤記の部分を二本線で消して訂正印を押してください)

①接種者氏名、②接種年月日、③金額、④医療機関名をご記入の上、⑤医療機関印の押印をお願いいたします。

※貴院から上記の①～⑤すべてと「インフルエンザ予防接種代」と明記された領収書を発行される場合は、この用紙への記入は不要です。

領収書	
① _____ 様(接種者氏名)のインフルエンザ予防接種代として(_____ 回目)	②平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
③ _____ 円 受領しました。	④医療機関
	⑤ 印 ←

領収書	
① _____ 様(接種者氏名)のインフルエンザ予防接種代として(_____ 回目)	②平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
③ _____ 円 受領しました。	④医療機関
	⑤ 印 ←

領収書	
① _____ 様(接種者氏名)のインフルエンザ予防接種代として(_____ 回目)	②平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
③ _____ 円 受領しました。	④医療機関
	⑤ 印 ←

領収書	
① _____ 様(接種者氏名)のインフルエンザ予防接種代として(_____ 回目)	②平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
③ _____ 円 受領しました。	④医療機関
	⑤ 印 ←

領収書	
① _____ 様(接種者氏名)のインフルエンザ予防接種代として(_____ 回目)	②平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
③ _____ 円 受領しました。	④医療機関
	⑤ 印 ←