

支給決定補助額
円

常務理事	事務長	事務	事務	担当者

アンリツ健康保険組合 理事長 殿

令和5年度 インフルエンザ予防接種補助金 請求書

令和 年 月 日 提出

被保険者証	記号					番号						
被保険者氏名							職場記号					

以下により請求します。ただし、補助金の在職中受領を事業主に委任します。

接種者 (本人・被扶養者)	氏名	続柄	生年月日	接種日	接種費用	
			昭和 平令	年 月 日	令和 年 月 日	円
			昭和 平令	年 月 日	令和 年 月 日	円
			昭和 平令	年 月 日	令和 年 月 日	円
			昭和 平令	年 月 日	令和 年 月 日	円
			昭和 平令	年 月 日	令和 年 月 日	円

健保記入	本人	家族	補助金額	円	受付日	No.
------	----	----	------	---	-----	-----

領収書（原本） 添付欄

ホチキス留め（1カ所のみ）

申請は1家族1回<分割不可> ※レシート類は不可 ※領収書は返却できません

受診日が違う場合、最後の家族が受診してから、まとめて申請する

【領収書の記載事項】

- 接種を受けた方の氏名 → 合算の領収書は全員の名前と個々の費用内訳を記入してもらう
- 接種日 (手書きの場合は追記部分に病院の認印が必要) ⑥ご自身での記入や印なしは不可
- 医療機関名（日本国内）
- 接種費用
- 予防接種名（インフルエンザ予防接種代と記載）⇒領収書に記載がない場合は①か②
 - ①医療機関の窓口で領収書の余白部分に予防接種名を記載してもらう
但し、手書きで追記の場合は追記部分に病院の認印が必要 ⑥ご自身での記入や印なしは不可
 - ②接種済証またはインフルエンザと明記されている診療明細書を併せて提出

【申請注意事項】

- 申請は年1回（被保険者・被扶養者分をまとめて申請）
- 2回接種の場合も1行にまとめて記入（1回で補助額を超える場合は2回目分は不要）

補助対象者：被保険者・被扶養者

補助金額：被保険者1名につき年1回 上限 3,630円

被扶養者1名につき年1回 上限 2,000円（子供は2回分合計）

接種期間：令和5年10月1日（日）～令和6年1月31日（水）

申請期限：令和6年2月16日（金）健康保険組合組到着分まで