

# 任意継続被保険者用

東京文具工業健康保険組合 宛

## インフルエンザ予防接種補助金請求書

金 \_\_\_\_\_ 円

但し、 \_\_\_\_\_ 名分予防接種費用として

$$\left( \begin{array}{r} \text{内 訳: } @ 1,500\text{円} \times \quad \text{名} \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \text{名} \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \text{名} \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \text{名} \end{array} \right)$$

上記のとおり請求いたします。

### 【添付書類】

- ① 支払明細書（別紙１）
- ② 医療機関発行の領収書（コピー不可）

保険証記号・番号 ９ ９ ９ ９ -

住 所

氏 名

(注) 当組合に届出されている口座名義等（被保険者ご本人のもの）をご記入ください。

|            |    |    |
|------------|----|----|
| 振込先<br>銀行名 | 銀行 | 支店 |
| 預金種別       | 普通 |    |
| 口座番号       | 当座 |    |
| フリガナ       |    |    |
| 預金口座<br>名義 |    |    |

# 支 払 明 細 書

(インフルエンザ予防接種費用)

下 記 金 額 を 支 払 い ま し た。

被保険者 保険証記号 9999 番号 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

| 予 防 接 種<br>受 診 者 氏 名 | 続 柄<br><small>※どちらかに○をつけてください。</small> | 支 払 金 額 | 組 合 記 入 欄<br><small>※組合記入欄へは何も記入しないでください。</small> |
|----------------------|--|---------|---|
|                      | 本人 ・ 家族                                | 円       |   |
|                      | 本人 ・ 家族                                | 円       |   |
|                      | 本人 ・ 家族                                | 円       |   |
|                      | 本人 ・ 家族                                | 円       |   |
|                      | 本人 ・ 家族                                | 円       |   |

※ 領収書の返却を希望される方は、チェックマークを入れてください。→  領収書の返却を希望する

△市区町村等から予防接種費用の補助を受けられている方は、補助金の申請はできません。

※ 市区町村等の補助につきましては、お住まいの市区町村や接種された医療機関にご確認ください。

## 申請前にご確認ください

|               |   |
|---------------|---|
| 補助の対象期間       | 令和4年9月1日～12月末日の間に接種された分   |
| 領収書について       | ① 氏名・接種金額・接種日・領収印の漏れがないかご確認ください。  |
|               | ② 領収書は必ず原本を裏面にのり付けしてください。<br>※ 領収書の返却を希望される場合は、上記の返却希望欄にチェックマークを入れ、裏面にホチキス留めしてください（のり付け不可）。                           |
|               | ③ レシートは使用できますが、支払明細書は使用できません。   |
|               | ④ 複数名で1枚の領収書として発行されている場合は、全員の氏名と金額の内訳を明記してください（レシートの場合も同様）。   |
| 2回接種された場合について | 支払金額が1,501円以上（1回当たり）→1回分のみ領収書を貼付<br>支払金額が1,501円未満（ " ）→2回分とも領収書を貼付<br>※ どちらか1回のみ市区町村等から補助が出ている場合、補助が出ていない分が支給対象となります。 |