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

（内　訳：@１，５００円×　　名
本　人　　名
家　族　　名）

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）

被保険者等記号・番号　９９９９－

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 銀行名	銀行　　支店
預金種別 口座番号	普通 当座
フリガナ	
預金口座 名　　義	

（別紙１）

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。

被保険者等　記号　９９９９　番号

住所

氏名

令和　　年　　月　　日

予防接種 受診者氏名	続柄 ※どちらかに○をつけてください。	支払金額	組合記入欄 ※組合記入欄へは何も記入しないでください。
	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７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。 ※　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 支払金額が1,501円未満（　〃　）→2回分とも領収書を貼付 ※　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。