

大真空健康保険組合理事長 様

インフルエンザ予防接種補助金請求書

請求金額 円

私は、インフルエンザ予防接種を受けたので補助金を請求します。

尚、私の受ける表記補助金の受領は事業主に委任いたします。

年 月 日

1. 被保険者 氏名 印

2. 被保険者 住所

3. 被保険者 勤務事業所名

4. 健康保険証記号・番号・マンNo.

記号	番号
----	----

マンNo.(記入がない場合、支給にお時間がかかる場合があります)

5. 予防接種を受けた年月日 《被保険者》 年 月 日

《被扶養者》 年 月 日

6. 予防接種を受けた人の氏名 《被保険者》

《被扶養者》

7. 予防接種を接種した医療機関 《被保険者》名称

住所

《被扶養者》名称

住所

8. 予防接種を受けたことが確認できる書類(領収書等)を裏面に糊付けしてください。

「誰が」「いつ」「どの医療機関で」「何円の」「インフルエンザ予防接種をした」が明記されていることが必要です。確認できない場合は追加書類の提出をお願いすることがございます。

※被保険者と被扶養者1人に各3,000円を補助します。

※月末締め、翌月給与日支払い(事業所より給与と同時振込)となります