

常務理事	事務長	担当者

補助金 支給決定金額 (健保使用欄)	円
--------------------------	---

## インフルエンザ予防接種補助金請求書

【1回の接種につき2,000円までの実費補助(15歳以下:2回まで、16歳以上:1回まで)】

キューピー・アヲハタ健康保険組合 理事長殿

医療機関でインフルエンザの予防接種を受けましたので、補助金を請求いたします。

### ●以下の空欄を全て記入して下さい●

請求者氏名 [被保険者]	(保険証に記載された名前を記入)		保険証	記号	番号	枝番 〇〇	
事業所名[会社名]	部署名		記入日 年 月 日				
接種者氏名	続柄 (長男等)	年齢	接種月日		補助請求額 上限2,000円/回の実費		
			1回目	2回目[15歳以下のみ]			
			月 日	月 日	円		
			月 日	月 日	円		
			月 日	月 日	円		
			月 日	月 日	円		
			月 日	月 日	円		
注	●続柄 : 本人・妻・長男・長女など。「子」では受け付けできません ●15歳以下とは、次の4月1日時点で15歳以下のことをいいます ●2回接種の場合は、2回目が終わってからまとめて提出ください					合計	円

### 提出物

- 請求書 : 当用紙に必要事項をすべて記入してください (消せるボールペン不可)
- 領収書 : 下記参照。原本のみ、コピー不可です (予防接種は医療費控除の対象ではありません)

領収書見本	接種者名 (会社名は×)	「領収」の記載がある	接種日
	OP太郎様	領収書	〇〇年〇月〇日
	インフルエンザ但し書き	¥ 3,500	病院名・領収印がある
		但 インフルエンザ予防接種代として 東京都〇区〇 電話 03-123	病院名 △△病

★注意★  
この請求書に領収書は  
貼り付けないでください

接種日と支払日が異なる場合は、医療機関窓口で領収書に接種月日を記入してもらってください。  
領収印を省略している医療機関の場合はその旨を記載してもらってください。

- \* 健康保険加入者は給与口座に「健保還付金」として振り込みます。  
退職等で健保組合喪失予定の方は余白に、退職予定日・個人の銀行口座名義・フリガナ・口座番号をお願いします。
- \* 任意継続の方は「任意継続資格取得申請書」に記入いただいた口座に振り込みます。
- \* 接種日以降、家族削除の予定がある場合は、この用紙に記載してください。
- \* 健保組合は仙川キューポート内です。社内便がある場合は社内便でお送りください。(社内便731-416)
- \* 健保組合へ直接提出でも大丈夫です。