

※ 支払決定	平成 年 月 日	支払日 平成 年 月 日			
	円	常務理事	事務長	担当者	被扶養者確認印

インフルエンザ予防接種補助金請求書

保険証の記号・番号	〇〇	〇〇〇〇〇	所属部店名	〇〇 支店 (J-NET : 〇〇〇-〇〇〇)
【 接種した方 】 (接種日現在、被保険者または被扶養者の資格があることが条件です。)				
資格	氏 名 生 年 月 日	続柄	接種した医療機関名 接種した日	補助金請求額 (2,000円限度)
被保険者	健保 太郎 S・H〇〇年 〇月 〇日	本人	〇〇 病院 平成〇〇年 〇月 〇日	3,500円 2,000円
被扶養者	S・H 年 月 日		平成 年 月 日	円
被扶養者	S・H 年 月 日		平成 年 月 日	円
被扶養者	S・H 年 月 日		平成 年 月 日	円
被扶養者	S・H 年 月 日		平成 年 月 日	円
接種した合計人数	1 人		支払った費用の合計 3,500円	補助金請求額合計 2,000円

※接種日は、10月1日から翌年2月末日までが条件です。この期間外の接種は補助対象となりません。
なお補助対象は、年度1回分だけです。

<p>上記のとおりインフルエンザ予防接種補助金の請求をします。 平成〇〇年 〇月 〇日</p> <p>ジャックス健康保険組合理事長 殿</p> <p>住 所 東京都渋谷区恵比寿4-1-〇〇</p> <p>請求者氏名 健保 太郎 印</p>	
銀行振込口座	<p>〇〇 銀行 〇〇 支店 口座番号 普通 0000000 信用金庫 当座</p> <p>フリガナ ケンポ タロウ <口座名義> 健保 太郎</p>

(注) ※印は記入しないで下さい。

インフルエンザ予防接種代金である旨が記載された領収書を添付して、被保険者が請求して下さい。
・領収書は予防接種を受けた方のフルネームが記載されていること。