

※ 支払決定	年 月 日	支払日 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		所属部店名	(J-NET :)		
【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	支払った金額	補助金請求額 (2,000円限度)
被保険者	S・H・R 年 月 日	本人	年 月 日	円	円
被扶養者	S・H・R 年 月 日		年 月 日	円	円
被扶養者	S・H・R 年 月 日		年 月 日	円	円
被扶養者	S・H・R 年 月 日		年 月 日	円	円
被扶養者	S・H・R 年 月 日		年 月 日	円	円
接種した合計人数	人		支払った費用の合計 円	補助金請求額合計 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 style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">ジャックス健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">請求者氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	
銀行振込口座	<p style="text-align: center;">銀 行 支店 口座番号 普通</p> <p style="text-align: center;">信用金庫 当座</p> <p style="text-align: center;">フリガナ <口座名義></p>
注) 保険証記号が10以外	

- (注) 1. ※印は記入しないで下さい。
2. 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。
3. 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。
4. 事業主が株式会社ジャックス（保険証の記号が10）の方は、給与に合算されて振り込まれるため、上記の口座記入は不要です。