

# インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

(各社の指定する取りまとめ部署へ提出し、直接健保へは提出しないでください)

被保険者証の記号番号	-	事業所名			
被保険者氏名		社員コード			
接種者氏名 * ベイシアグループ 健康保険組合の 加入員に限る	被保険者 との続柄		接種 年月日	令和	年 月 日
	被保険者 との続柄		接種 年月日	令和	年 月 日
	被保険者 との続柄		接種 年月日	令和	年 月 日
	被保険者 との続柄		接種 年月日	令和	年 月 日
	被保険者 との続柄		接種 年月日	令和	年 月 日
接種料金	1回接種	人	円	申請額	(1人当り上限 2000 円、2000 円以下は実費額) ¥
	2回接種	人	円		
	合計	人	円		
接種医療機関名					
接種医療機関の所在地					

インフルエンザ予防接種補助金の支給を申請します。

令和 年 月 日

被保険者の住所

被保険者の氏名

ベイシアグループ健康保険組合理事長 様

## 領収証（原本）貼り付け位置（のりしろ）

### <領収証についての注意事項>

必ず領収証の原本を添付してください。領収証には以下の項目の記載があるか確認☑をお願いします。

- ①接種した日付
- ②接種した者の氏名
- ③接種に要した金額
- ④実施医療機関名
- ⑤インフルエンザワクチン接種費用である旨の記載があること

①～⑤の必要事項が記載されていない領収証の場合、手書き補正でも結構ですので医療機関に依頼の上記載してもらってください。（医療機関の印が必要）

**※領収証原本の提出が無い場合、補助金が支給出来ませんのでご注意ください。**

（領収証のコピー、接種済証、医療費明細書のみの添付は不可）

(各社の指定する取りまとめ部署へ提出し、直接健保へは提出しないでください)

被保険者の記号番号	○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○ ○	事業所名	株式会社 ○○○○		
被保険者氏名	健保 太郎	社員コード	○○○○○○○○		
接種者氏名 * ベイシアグループ 健康保険組合の 加入員に限る	健保 太郎	被保険者 との続柄	本人	接種 年月日	令和 ○年 ○月 ○日
	健保 花子	被保険者 との続柄	妻	接種 年月日	令和 ○年 ○月 ○日
	健保 次郎	被保険者 との続柄	子	接種 年月日	令和 ○年 ○月 ○日
		被保険者 との続柄		接種 年月日	令和 年 月 日
		被保険者 との続柄		接種 年月日	令和 年 月 日
接種料金	1回接種 2人 ○○○○円 2回接種 1人 ○○○○円 合計 3人 ○○○○円			申請額	(1人当り上限2000円、2000円以下は実費額) ¥ ○○○○ 円
接種医療機関名	○○○○病院				
接種医療機関の所在地	○○県○○市○○町○○番地				
<p>インフルエンザ予防接種補助金の支給を申請します。</p> <p>令和 ○年 ○月 ○日</p> <p>被保険者の住所 ○○県○○市○○町○○番地</p> <p>被保険者の氏名 健保 太郎</p> <p>ベイシアグループ健康保険組合理事長 様</p>					

領収証 (原本) 貼り付け位置 (のりしろ)

<領収証についての注意事項>

必ず領収証の原本を添付してください。領収証には以下の項目の記載があるか確認☑をお願いします。

- ①接種した日付
- ②接種した者の氏名
- ③接種に要した金額
- ④実施医療機関名
- ⑤インフルエンザワクチン接種費用である旨の記載があること

①～⑤の必要事項が記載されていない領収証の場合、手書き補正でも結構ですので医療機関に依頼の上記載してもらってください。(医療機関の印が必要)

※領収証原本の提出が無い場合、補助金が支給出来ませんのでご注意ください。

(領収証のコピー、接種済証、医療費明細書のみの添付は不可)