

[お願い] 領収書(原本)を裏面に糊づけしてください。

(様式第1号)

インフルエンザ予防接種 補助金申請書

澁澤健康保険組合 理事長殿

提出日 令和 年 月 日

被保険者証	記号		氏名	
	番号一枝番	-		
実施人数			補助金 請求合計額	円

【請求内訳】 (1名の場合もご記入ください)

氏名	性別	生年月日			続柄	接種した日			補助金請求額
		年	月	日		年	月	日	
	男	昭平令				令和			
	女	昭平令							
	男	昭平令				令和			
	女	昭平令							
	男	昭平令				令和			
	女	昭平令							
	男	昭平令				令和			
	女	昭平令							
合 計									

◇領収書(原本)を添付してください

(領収証は返却いたしません。インフルエンザ予防接種は医療費控除の対象となりません。)

領収証に必要な記載事項

- ①「インフルエンザ予防接種代」と明記 ②接種を受けた対象者の氏名 ③医療機関名
④接種年月日

- ・小学6年生までのお子様で2回接種した場合は、2回分の領収書または2回分と確認できる領収書(2回分の接種日の記載必須)を添付してください。(2回分の確認ができない領収書では1回分の補助になります)

【補助内容】

- ①補助の対象は、予防接種時に被保険者及び被扶養者である者です。
②補助の対象となる予防接種は、毎年10月1日から12月末日までに接種したものです。
③補助額は、年度当り、1人1回1,500円を限度とします。
ただし、小学6年生までのお子様で対象期間内に2回接種を受けた人は、1人2回まで(計3,000円)を補助します。

【請求・支払方法等】

- ①この補助金申請書には、必ず医療機関発行の領収書(原本)を添えてください。
②この申請書は事業所(会社)を經由して当該年度の2月末日までに健保組合へ提出してください。
③できるだけ被保険者及び被扶養者の接種分を取りまとめて、ご家族単位で申請してください。