

同年月日	平成	年	月	日	決 裁	常務理事	事務長	課 長	課長代理	係 長	係
支給金額	百	十	万	千		百	十	円			
支給内訳	種 別		単価 (@)		人 数			金 額 (円)	合計金額 (円)		
			本人	家族	本人	家族	合計				
	インフルエンザ予防接種		1,500円								
インフルエンザ予防接種 (市区町村助成利用者等)		1,500円未満									

疾 病 予 防 補 助 金 請 求 書

任意継続被保険者用
《 インフルエンザ 》

↓ 太枠内に記入してください。

東京都洋菓子健康保険組合 殿					平成 年 月 日								
インフルエンザ予防接種を実施したので、補助金を請求します。													
請求者情報	保険証記号	997			事業所名称	任意継続被保険者							
	保険証番号				被保険者氏名	Ⓔ							
インフルエンザ 予 防 接 種 者 数		本人	家族	合計	予防接種 年 月 日	平成	年	月	日	～	年	月	日

支払金融機関	※支払金融機関は被保険者（請求者）の口座を記入してください。											
	銀行コード				支店コード							
					銀行	農協					1:普通	
					信金	信組					2:当座	
口座番号				口座名義人氏名								

◎提出時に必要な書類

- I. 疾病予防補助金請求書《インフルエンザ》※当該用紙
- II. インフルエンザ予防接種 実施者一覧表
※接種者の保険証番号・氏名・接種日・接種料金を必ずご記入ください。
- III. 領収書（原本）

※領収書の原本を全員分添付してください。また、2回接種者は1回分が1500円以上であれば1枚のみの添付で結構です。
※右記5項目を満たしているかご確認ください。不足の場合は返戻いたしますので、医療機関窓口でご記入いただきます。

!! 領収書の記載内容をご確認ください !!

- ①インフルエンザ予防接種であることの明記
- ②予防接種者名
- ③予防接種日
- ④予防接種料金
- ⑤医療機関名

個人情報の利用目的 当請求書により取得した個人情報は、疾病予防補助金の支給以外の目的で利用することはありません。

インフルエンザ予防接種 実施者一覧表

保険証記号	997	事業所名	任意継続被保険者				
被保険者【本人】				被扶養者【家族】			
保険証番号	接種者氏名	接種年月日	接種料金	保険証番号	接種者氏名	接種年月日	接種料金
1		H	円	1		H	円
2		H	円	2		H	円
3		H	円	3		H	円
4		H	円	4		H	円
5		H	円	5		H	円
6		H	円	6		H	円
7		H	円	7		H	円
8		H	円	8		H	円
9		H	円	9		H	円
10		H	円	10		H	円
11		H	円	11		H	円
12		H	円	12		H	円
13		H	円	13		H	円
14		H	円	14		H	円
15		H	円	15		H	円
16		H	円	16		H	円
17		H	円	17		H	円
18		H	円	18		H	円
19		H	円	19		H	円
20		H	円	20		H	円
21		H	円	21		H	円
22		H	円	22		H	円
23		H	円	23		H	円
24		H	円	24		H	円
25		H	円	25		H	円
26		H	円	26		H	円
27		H	円	27		H	円
28		H	円	28		H	円
29		H	円	29		H	円
30		H	円	30		H	円
【本人】接種者合計		人	円	【家族】接種者合計		人	円

※疾病予防補助金請求に必要なもの

- (1) 疾病予防補助金請求書《インフルエンザ》
- (2) インフルエンザ予防接種実施者一覧表(当該用紙)
- (3) 領収書(原本)・・・右記、必須5項目をご確認ください。

必須5項目

- ①インフルエンザ予防接種であることの明記
- ②予防接種者名
- ③予防接種日
- ④予防接種料金
- ⑤医療機関名