

年 月 日

常務理事	事務長	担当者

インフルエンザ予防接種補助金申請書

武蔵野銀行健康保険組合 理事長 殿

事業所名 _____
所属名 _____
被保険者記号 _____
(フリガナ)
被保険者氏名 _____

インフルエンザ予防接種を受けましたので、下記のとおり補助金を申請します。

請求金額合計

--	--	--	--	--

 円

(内 訳)

接種者氏名	生年月日	続柄	接種日
	: :		: :
	: :		: :
	: :		: :
	: :		: :
	: :		: :
	: :		: :
	: :		: :

注意 ① 補助金の振込口座は健康保険組合に登録されている口座になります。

② 補助金額 本人 1人2,000円/1回 (年度間4,000円/2回を限度)
被扶養者 1人1,000円/1回 (年度間2,000円/2回を限度)

③ 医療機関の発行した領収書を裏面に貼付(のり付)する。

※領収書(原本)に「インフルエンザ予防接種代」と記載されたもの。

または、「インフルエンザ予防接種代」の記載がなく「インフルエンザ予防接種済証」が発行された場合は、両方を貼付して下さい。