

常務理事	事務長	担当者

「はしか」 予防接種補助金申請書  
(被保険者用)

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 \_\_\_\_\_  
 生年月日 昭・平 年 月 日

「はしか」抗体検査・予防接種を受けましたので、下記のとおり申請します。

請求金額合計       円

(内 訳)

	金 額		抗体検査日
抗体検査費用	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		: :
			予防接種日
予防接種費用	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		: :
合 計	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		

- 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 医療機関の発行した領収証を裏面に貼付 (のり付け) する。  
領収証 (原本) には「はしか」抗体検査・予防接種費用代と記載されたもの。