

2021 年11 月18 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

- ・領収書の原本を貼付してください。
※領収書に接種者のお名前、接種日、
領収印、「インフルエンザ」の記載
があることを確認してください。
- ・接種年度内に申請してください。

事業所名 武蔵野銀行
 所属名 本店営業部
 被保険者記号 311 — 12345
 (フリガナ)
 被保険者氏名 武蔵野 太郎

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

4 0 0 0 円

(内 訳)

接種者氏名	生 年 月 日	続柄	接 種 日
武蔵野 太郎	S 51 : 5 : 17	本人	R 3 : 11 : 6
武蔵野 花子	S 52 : 8 : 25	妻	R 3 : 11 : 4
武蔵野 一郎	H 17 : 5 : 11	長男	R 3 : 11 : 4
	: :		: :
	: :		: :
	: :		: :
	: :		: :

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。