

健康 組合 加入 欄	支給決議書	同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長		担当者
		支払年月日	令和	年	月	日				
	支給額									
	備考									

## インフルエンザワクチン予防接種補助金請求書

被保険者証 記号・番号	記号	番号					被保険者 氏名	
事業所名称					所属部署	(TEL)		
ワクチン 接種を 受けた 者	氏名	続柄	医療機関名		接種日	接種費用		
					年 月 日	円		
					年 月 日	円		
					年 月 日	円		
					年 月 日	円		
					年 月 日	円		
					年 月 日	円		
					年 月 日	円		
この請求に関する医療機関への問い合わせに同意し、 上記の通り予防接種補助金を請求します。 なおこの予防接種補助金の受領を _____ 殿 に委任します。 令和 年 月 日						接種費用合計	円	
不二サッシ健康保険組合理事長 殿			被保険者氏名			印		
事業所担当者印			対象者（健保組合加入者）		補助金限度額(年度内)			
			被保険者（本人） 被扶養者（家族）		2,000円/1人・1回（2回まで）			

- 【 請求書の注意事項 】**
1. 補助金対象期間は、10月1日 ～ 3月31日までの予防接種。
  2. 請求書提出締切りは、予防接種終了日より2週間以内に各事業所の健康保険担当者（人事部等）窓口へ提出してください。
  3. 領収証（原本）を必ず添付してください。領収証には医療機関による次の項目の記載が必要です。
    - ① 受診者氏名（全員のお名前）
    - ② 受診内容（インフルエンザ予防接種）
    - ③ 受診年月日（各人各回）
    - ④ 金額が他の項目と一緒に場合は内訳が分かること
    - ⑤ 医療機関の印または医師の認印
  4. 「ワクチン接種を受けた者」の欄には、予防接種補助金対象者全員を記入してください。
  5. お住まいの市区町村の「インフルエンザ予防接種補助」がある場合は、公費補助金の差額を給付とする。
  6. セルフメディケーション税制の控除を受ける際にインフルエンザ予防接種を受けた事の証明が必要になる場合があります。領収書の原本は返却できませんので、必ず接種済証を発行してもらい、ご自身で保管してください。