

# インフルエンザ予防接種 補助 申請 書

補助対象接種期間 10月1日より翌年1月31日（補助申請2月10日健保必着）  
 裏面に領収書(原本)を添付し1家族1枚で請求してください。  
 13歳未満で2回接種した場合は2回分を添付してください。領収書はお返しできません。  
 (レシート不可)

- 添付領収書チェックリスト
- 接種した方の氏名がフルネームで記載されていますか
  - 「インフルエンザ予防接種」と明記されていますか
  - インフルエンザ予防接種の単価が記載されていますか
  - 13歳未満で2回接種した方の領収書が2枚とも添付されていますか

(太線枠内を記入)

申請日		年	月	日		
保険証 記号番号	—	被 保 険 者 氏 名		(フリガナ) (自署の場合は捺印不要) <span style="float: right;">⑩</span>		
会社名 (事業所名)				電 話	—	—
接 種 者 名	生年月日		接 種 日		窓口負担額	健保補助額 (記入不要)
	昭和 平成 令和	年 月 日	1回目	年 月 日	円	円
			2回目	年 月 日	円	
	昭和 平成 令和	年 月 日	1回目	年 月 日	円	円
			2回目	年 月 日	円	
	昭和 平成 令和	年 月 日	1回目	年 月 日	円	円
			2回目	年 月 日	円	
	昭和 平成 令和	年 月 日	1回目	年 月 日	円	円
			2回目	年 月 日	円	

任意継続被保険者は加入時に登録の振込口座に振り込みます。(2月末日振込予定)  
 それ以外の方は事業所振り込みとなりますので、入金については事業所担当者にお尋ねください。

レイズネクスト健康保険組合

支給決定欄	常務理事	係	支給額	円
			支払日	