

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	
健康保険 記号番号	記号 —	番号	被 保 険 者 氏 名		(フリガナ) (自署の場合は捺印不要) 印		
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		
	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	事務長	係	支給額	円
				支払日	