

受 付 印

* 健保組合記入欄 (202109)

支 払 金 額	円
---------	---

--

インフルエンザ予防接種 補助金請求書 (任意継続被保険者用)

下記の通りインフルエンザ予防接種をしました。
関係書類を添えて補助金を申請します。

被 保 険 者 氏 名 (請 求 者 氏 名)		保 険 証 記 号 番 号	—
接 種 日	接 種 者 氏 名 (請 求 対 象 者)	接 種 金 額 (合 算)	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
(被 保 険 者) 振 込 先 金 融 機 関	銀 行	支 店	普 通 預 金
	口 座 番 号	名 義 人 (カ ナ)	

年 月 日

ローソン健康保険組合 理事長

< 添付書類 >


医療機関発行の領収証 (原本) : この請求書の左上にホッチキス止めしてください。

※領収証は以下の点がわかるよう、医療機関に依頼ください。

- ①宛名を必ず **接種者名** で発行してもらってください。接種者名以外は補助金の支給はできません。
- ②但書は、**「インフルエンザ予防接種代」** と記載してもらってください。

※ 単に予防接種代と記載は不可

【例】

領収証		No. _____
	健 保 花 子 様	
金額	¥4,000 —	
	但 インフルエンザ予防接種代として	
	2021年11月1日	
	上記正に領収いたしました	
内訳	円	〒01*-**22
税抜金額	円	(住所) 東京都品川区~
消費税額 (%)	円	(病院名) 健保病院
		(TEL) 03-5569-****
		

【以下、領収証記載内容の確認後に☑してください】

- 接種者氏名 金額
- インフルエンザ予防接種代 接種日 (領収日)

※ 単に予防接種代と記載は不可

- 医療機関の住所、電話番号 医療機関名