

* 健保組合記入欄 (202409)

支給決定額	<input type="checkbox"/>	2,500 円
	<input type="checkbox"/>	円

受付印

ローソン健康保険組合 理事長殿

インフルエンザワクチン接種 補助金請求書 (ローソン健康保険加入者用)

領収証を添え申請します。補助金の受領方法は事業主に委任します。(給与付払い)

万年筆またはボールペンでご記入ください。(鉛筆・消せるペンは不可)

記入日 年 月 日

接種期間：2024年10月1日～2025年1月31日
請求期間：2024年10月1日～2025年2月17日 (健保必着)

記号	番号	連絡先 (電話)	()
請求者氏名 (被保険者)		接種日	年 月 日
接種者氏名 複数名の記入不可 1人1枚の請求書必須		請求額	2,500円 2,500円未満の場合のみ記入 円

※領収証には次の5項目の記載が必要です。 してください。

接種者氏名	金額	接種日 (領収日)	(但書) インフルエンザワクチン接種	医療機関名・住所
-------	----	--------------	-----------------------	----------

領収証をここにのり付けしてください

※「セロテープ」や「テープのり」は、はがれるため使用しないでください。

接種者氏名	領収証	20XX年10月10日
健保 花子 様	金額 3,500円	
	但し インフルエンザワクチン接種代として	記載必須
	上記正に領収いたしました。	
	〒111-**** 東京都品川区〇〇1-1-1 健保第一病院 03-1234-****	医療機関印

注意点

- 対象者：被保険者
1歳以上の扶養家族目づ、扶養認定後3ヶ月以上経過している方
- 領収証は接種者名を記入してもらってください。
- 領収証(原本)を貼付できない場合は補助金の支給はできません。
- 東振協インフルエンザ予防接種補助事業の利用券を使用した場合は申請できません。

請求書送付方法

- 郵送 (宛先) 〒141-8643 品川区大崎1-11-2 ゲートシティ大崎イーストタワー
ローソン健康保険組合 インフルエンザ担当
 - 社内メール (宛先) ローソン健康保険組合 インフルエンザ担当
 - 所属事業所 人事経由 (宛先) 所属事業所担当人事
- 上記①～③のいずれかの方法でご提出ください。

補助金支給方法

給与付払い 「毎月15日受付済」 → 「翌月25日事業主へ振込」 → 事業所の補助金給与付込み
※土日の場合は前営業日 スケジュールにより支給

問い合わせ先

ローソン健康保険組合 業務課
TEL : 03-5435-1960 (平日9-17時)
Email : o.uketsukeni.kenkouhokenkumiai@law001.lawson.co.jp