

受 付 印

* 健保組合記入欄 (202409)

支 払 金 額

円

インフルエンザワクチン接種 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ワクチン接種をしました。

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 險 証 記 号 番 号	—
接種日	接種者氏名	接種金額
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 (カカ)

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。

※領収証は下図「見本」を参考に、医療機関に依頼してください。

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。

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

【領収証記載内容を確認にし☑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) 医療機関名、住所、電話番号

【見本】