

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

国会議員秘書健康保険組合理事長 殿

被保険者 記号 番号

フリガナ
被保険者氏名

連絡先電話番号 ()

被保険者名義 振込先金融機関	銀行				支店			普通預金										

接種者氏名	続柄	接種日	医療機関名	接種費用 (2回接種の場合は合計額)	※健保使用欄 補助額
		月 日			
		月 日		円	円
		月 日			
		月 日		円	円
		月 日			
		月 日		円	円
		月 日			
		月 日		円	円
		月 日			
		月 日		円	円
(注) 2回の接種を受けるときは、2回目の接種日も記入してください。				※健保使用欄 補助額合計	円

- (備 考)
- 領収書は、原本を添付してください。写しは不可です。
 - 領収書には、次の内容の記載が必要です。

① 接種者名

② 接種年月日

③ 予防接種単体の金額

④ 医療機関名及び領収印

⑤ **インフルエンザ予防接種の記載** (但し書きがない場合は、明細書もしくは接種済証明書を添付)
 - 1年度毎に家族単位で申請してください。
 - 予防接種をした年度内に申請してください (やむを得ない場合を除く)。