

インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

被保険者証 記号番号	—	被保険者名	
日中連絡が取れる電話番号		メールアドレス(任意)	

■ 予防接種を受けた方

接種者氏名	続柄	接種年月日	補助金申請額
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円

※ 2回接種を行った場合はそれを合算し、2回目の接種日をご記入ください

※ 給与支払いの方はこちら(受領委任)

委任 状	□ 本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。 ←チェック☑して下に氏名をご記入ください		
	令和 年 月 日	被保険者氏名	

※ 任意継続被保険者の方をご登録いただいた銀行口座に振り込みます。

受付日付印

(注意事項)

- ご家族様(被扶養者)も接種された場合は接種者全員分をまとめて申請してください。
- 提出の際は、この申請書に、医療機関が発行した「領収書(原本)」を添付してください。
 - 領収書には、以下の記載があることを確認してください。
 - 領収日、②接種者の氏名、③領収金額、④医療機関名、⑤「インフルエンザ予防接種代」と記載してあること。
 - 領収書が家族と併せて1枚の場合は、接種者全員の氏名と接種単価を記入してもらってください。
 - 領収書は返却いたしませんのでご了承ください。
- インフルエンザ予防接種は2023年10月から2024年1月末までに接種を受けたものが対象です。
- 提出期限(2024年3月末日)を過ぎてから届いた申請は受付することができませんのでご注意ください。

【送付先】 〒489-0044 愛知県瀬戸市栄町45 パルティセと108
株式会社バリューHR 瀬戸オペレーションセンター
Works Human Intelligence健保組合 担当

健康保険組合記入欄

補助金額	円
振込日	

常務理事	事務長	担当者	担当者