

印刷は必ず裏面白地のA4用紙で行ってください。

リケン健康保険組合

支給・支出伺	支給額						
--------	-----	--	--	--	--	--	--

常務理事	事務長	係

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

太枠内を記入のこと

被保険者等の 記号・番号		記号	番号	被保険者氏名		(フリガナ)	健保補助人数 人		
接種した方について記入	氏名	年齢 (歳)	続柄 例 (二男)	接種した医療機関名		1回目 窓口負担額 接種年月日	2回目 窓口負担額 接種年月日	健保補助額 *記入不要	処理番
			本人			円 令和 年 月 日	円 令和 年 月 日		
						円 令和 年 月 日	円 令和 年 月 日		
						円 令和 年 月 日	円 令和 年 月 日		
						円 令和 年 月 日	円 令和 年 月 日		
						円 令和 年 月 日	円 令和 年 月 日		
						円 令和 年 月 日	円 令和 年 月 日		
						円 令和 年 月 日	円 令和 年 月 日		
						円 令和 年 月 日	円 令和 年 月 日		
						円 令和 年 月 日	円 令和 年 月 日		

在職中の方は事業主経由で補助金を支給しますので、下記にも記入願います。(任継者は記入不要)

委任状	インフルエンザ予防接種補助金の受領を事業主に委任します。
	事業所名
	被保険者氏名 (自署)

受付年月日

- 注) 1. 補助は
- ①接種された日に当健康保険組合の被保険者、被扶養者であること。
 - ②予防接種法の対象となる65歳以上の方でないこと。
 - ③10月1日～翌年1月31日に接種したものが対象となります。接種後、速やかにこの申請書を事業所経由にて当健康保険組合へご提出ください。
2. 裏面に領収書(コピー不可)を貼付してください。
※診療明細書のみでの申請は不可
3. 領収書には、次の項目を明記してもらってください。
- ①予防接種を受けた方の氏名(複数人数で接種の場合は、それぞれの氏名)
 - ②インフルエンザ予防接種と明記してあること
 - ③支払い金額(他の項目と合計金額が一緒の場合は、インフルエンザ予防接種の金額がわかること)
4. 2回接種でも1回目の支払い金額が補助金額(2,000円)を超えていた場合は2回目の記入は不要です。
5. 最終提出期限は、2月末日(所属事業所担当に届け出たものまで)となります。
6. 任意継続被保険者の方の手続きは、当健康保険組合へ直接お願いいたします。
- ※ この申請書は、所属事業所担当を経由して提出してください。

領収書貼り付け位置