

インフルエンザ	1人当たり実費上限額	¥2,000
予防接種補助金	補助対象人員	人
支給決議書	補助金支給額	

常務理事	係長	担当

*上記は健保組合にて使用のため記入しないでください。

インフルエンザ予防接種補助金請求書 (任意継続被保険者用)			
令和 6年 12月 1日			
しんくみ東海北陸健康保険組合 理事長 様			
		記号・番号	9001 - ○○○○
		氏名	健康 太郎 
		住所	愛知県名古屋市中村区椿町3-21
下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、インフルエンザ等予防接種補助金支給 規程により補助金を請求します。			
予防接種者氏名	被保険者		被扶養者
	健康 太郎		健康 花子
(前期高齢者に該当する方は○をつけてください)	前期高齢者		前期高齢者
予防接種を受けた日	令和 6年 11月 28日	令和 6年 11月 28日	
自己負担額	2000 円	5000 円	円
医療機関名	○○クリニック		○○クリニック
振込先	(フリガナ) ○○シンクミ ○○シテン		普通預金
	○○信組 銀行 信金 ○○支店		口座番号 ○○○○○○
			(フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎

* 当年10月1日から翌年1月31日までに実施したインフルエンザ予防接種に対して自己負担した場合、
接種者1人当たり 2,000円を上限とした実費を補助致します。

なお、当該年度65歳になる者及び66歳以上75歳未満の被保険者及び被扶養者(前期高齢者)
については、自己負担額の全額を補助致します。

*この請求書には領収書(原本)を添付してください。

*領収書には①接種者名、②実施年月日、③自己負担額(インフルエンザ予防接種代と明記されて
いること)、④医療機関名が記載されていること。

*信用組合に口座をお持ちの方は、振込先は信用組合でお願い致します。