

※この請求書は「東振協」契約医療機関以外で接種した場合の専用書式となります。

マルハン健康保険組合 宛

インフルエンザ予防接種補助金請求書（個人立替請求用）

下記の通り、インフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて補助金を請求します。

※以下の①、②をご記入下さい。

① 被 保 険 者 記 入 欄	提出日	平成 年 月 日	所属部署		
	被保険者証 記号・番号	記号	番号	フリガナ	印
		氏名			
現住所・連絡先	(〒 -)			TEL ()	

※小学生以下のお子様は原則として2回接種後に請求してください。

※接種料金欄には医療機関に実際に支払った金額を記入して下さい。↓↓↓

② 接 種 内 容 記 入 欄	接種者氏名		生年月日		接種日	回数	医療機関名	接種料金 ※
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 男	昭和	年 月 日	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 女	平成	年 月 日				
フリガナ	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 男	昭和	年 月 日	年 月 日			円
		<input type="checkbox"/> 女	平成	年 月 日				
フリガナ	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 男	昭和	年 月 日	年 月 日			円
		<input type="checkbox"/> 女	平成	年 月 日				
フリガナ	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 男	昭和	年 月 日	年 月 日			円
		<input type="checkbox"/> 女	平成	年 月 日				
フリガナ	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 男	昭和	年 月 日	年 月 日			円
		<input type="checkbox"/> 女	平成	年 月 日				
フリガナ	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 男	昭和	年 月 日	年 月 日			円
		<input type="checkbox"/> 女	平成	年 月 日				
<健康保険組合使用欄>			<支給決定額>		円	接種料合計	円	

【ご確認下さい】

- 費用補助の上限金額は、1人あたり¥2,500（税込/1回）となります。
- 小学生以下のお子様は年度内2回まで補助可能です。請求は2回分まとめて行ってください。
- 補助金の振込先は、被保険者の給与口座と同一の口座となります。（月末締切、翌月末頃支払）
- 補助金の対象となる予防接種期間は、「1月31日まで」です。それ以降は補助対象外となります。
- この請求書の提出期限は「2月末日健保必着」となります。ご注意ください。

【添付書類】：「領収書」原本（必須）

※注意事項：下記の①～③の記載事項がすべて満たされている領収書であることが条件です。
（このうち一つでも漏れがある場合、接種の証明書として確認が出来ない場合があります。支払が遅れる原因になります。またご提出頂いた領収書は原則として返却出来ません。予めご了承下さい）

- 接種された方宛に振り出された領収書であること。
（接種を受けた方全員の氏名が記載されていることが必要です）
- 領収金額が「インフルエンザ接種代」と分かる表記がされていること。
- 接種した医療機関名が押印されていること。

受付日付印
（健康保険組合使用欄）

【送付先住所】 〒111-0036
東京都台東区松が谷1丁目9番12号 SPKビルディング7階701
マルハン健康保険組合宛 「インフルエンザ予防接種補助金請求受付係」 行