

10/1～12/31 に接種した分を翌年の 2/15 までに健康保険組合にご提出ください

任意継続者用インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

被保険者証の記号番号	1	1	-							被保険者 氏名										
接 種 者 氏 名 * ベイシアグループ 健康保険組合の 加入員に限る										被保険者 との続柄		接 種 年月日	令和	年	月	日				
										被保険者 との続柄		接 種 年月日	令和	年	月	日				
										被保険者 との続柄		接 種 年月日	令和	年	月	日				
										被保険者 との続柄		接 種 年月日	令和	年	月	日				
接 種 料 金	1 回接種 人 円 2 回接種 人 円 合 計 人 円									申請額	(1 人当たり上限 2000 円、2000 円以下は実費額) ¥ 円									
接 種 医 療 機 関 名																				
接 種 医 療 機 関 の 所 在 地																				
<p>インフルエンザ予防接種補助金の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者の住所</p> <p>被保険者の氏名</p> <p>印</p> <p>ベイシアグループ健康保険組合理事長 様</p>																				
<div style="background-color: #cccccc; padding: 10px; text-align: center;">領収証（原本）貼り付け位置（のりしろ）</div> <p>＜領収証についての注意事項＞</p> <p>必ず<u>領収証の原本</u>を添付してください。領収証には以下の項目の記載があるか確認☑をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/>①接種した日付</p> <p><input type="checkbox"/>②接種した者の氏名</p> <p><input type="checkbox"/>③接種に要した金額</p> <p><input type="checkbox"/>④実施医療機関名</p> <p><input type="checkbox"/>⑤インフルエンザワクチン接種費用である旨の記載があること</p> <p>①～⑤の必要事項が記載されていない領収証の場合、手書き補正でも結構ですので医療機関に依頼の上記載してもらってください。（医療機関の印が必要）</p> <p>※領収証原本の提出が無い場合、補助金が支給出来ませんのでご注意ください。</p> <p>（領収証のコピー、接種済証、医療費明細書のみの添付は不可）</p>																				
振込先	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)		銀行 信用金庫										本店 支店							
	口座名義人(かた)		普通 総合		口座番号															