

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) ¥			
接種医療機関名						
接種医療機関の 所 在 地						
インフルエンザ予防接種補助金の支給を申請します。						
令和 年 月 日						
被保険者の住所						
被保険者の氏名 印						
ベイシアグループ健康保険組合理事長 様						

領収証（原本）貼り付け位置（のりしろ）

＜領収証についての注意事項＞

必ず領収証の原本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。

- ①接種した日付
- ②接種した者の氏名
- ③接種に要した金額
- ④実施医療機関名
- 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

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)

※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。

(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)

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(カタナ)		普通 総合	口座番号		