

被保険者証の記号番号	11-000000	被保険者氏名	健保 太郎						
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	健保 太郎	被保険者との続柄	本人	接種年月日	令和 〇年 〇月 〇日				
	健保 花子	被保険者との続柄	妻	接種年月日	令和 〇年 〇月 〇日				
	健保 次郎	被保険者との続柄	子	接種年月日	令和 〇年 〇月 〇日				
		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 2 人 〇〇〇〇円 2 回接種 1 人 〇〇〇〇円 合 計 3 人 〇〇〇〇円			申請額	(1 人当り上限 2000 円、2000 円以下は実費額) ¥ 〇〇〇〇 円				
接種医療機関名	〇〇〇〇病院								
接種医療機関の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地								
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 〇年 〇月 〇日 被保険者の住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地 被保険者の氏名 健保 太郎 (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）									
<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>□④接種した口数</p> <p>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</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、医療費明細書のための添付は不可）</p>									
振込先	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	〇〇〇〇 銀行 信用金庫 〇〇〇〇			本店 支店				
	口座名義人(かた)	ケンポ タロウ	普通 総合	口座番号	〇	〇	〇		