インフルエンザワクチン接種補助申請書（2017 年度）

大阪読売健康保険組合理事長殿

◇申請者（被保険者）

申 請 期 日	西暦　　年　　月　　日				
ﾌﾘｶﾞﾅ					
氏　　名	㊞				
勤務事業所 ※任意継続被保険者は記入不要					
保険証の記号と番号	記号		番号		
住　　所	〒　　－				
連 絡 先	電　　話	－　　－	携帯電話	－　　－	

◇受診者（被接種者）

氏　名	続　柄	接種日	氏　名	続　柄	接種日
補助申請額（領収書の総額）［　　，　　円］ ※自治体補助を受けた場合は、総額から差し引いた金額を記入する					

＜インフルエンザワクチン接種補助について＞

1．補助の対象は被保険者と被扶養者

2．標記年度の 10 月 1 日～3 月末日までに提出された申請書に基づき、被保険者、被扶養者とも 1 名につき期間中 1 件の費用全額を補助します。（12 歳以下は 2 回可）

3．申請書は、被保険者、被扶養者分をまとめ、1 家族 1 通とし、必要事項を記入のうえ、医療機関が発行した全員分の**領収書原本**（レシートは不可）を添えて健保組合に申請してください。

（注意！　申請は期間中 1 回に限ります。追加受付は認められません。）

4．領収書には、次の 5 項目が記載されていること。

1)受診者氏名　2)受診内容（**インフルエンザのワクチン接種分であることが明記されたもの**）

3)受診年月日　4)金額（接種分明示）　5)医療機関名及び印

5．各事業所を通じて支払われます。

任意継続被保険者（記号が 9 の方）のみ下記の補助金振込先欄にご記入ください。

◇任意継続被保険者（記号が 9 の方）　補助金振込先（任意継続被保険者名義）

振 込 先	ﾌﾘｶﾞﾅ		ﾌﾘｶﾞﾅ
	銀行		支店
	普通預金	口座番号	

①三井住友銀行南森町支店②三井住友銀行他店に口座をお持ちの方は、支障の無い限り、①②の順で振込口座を指定していただくようご協力お願いいたします。