【任意継続者用】　　年　　月　　日

令和5年度 インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

東京金属事業健康保険組合　殿

以下のとおりインフルエンザ予防接種を実施し確認しましたので、インフルエンザ予防接種費用補助金を請求いたします。

請求人数	名	総　額	円

記　号		番　号		氏　名	
住　所				電話番号	

接種者	氏　名	区　分	接種日	負担した額
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円

補助金振込先								
	金融機関名				金融機関ｺｰﾄﾞ			
	支　店　名				店　番			
	口座種別	普通 ・ 当座	※いずれかに○を付けてください					
	口座番号							
	フリガナ							
	口座名義							

※記入上のご注意

1．対 象 者　日本国内の医療機関でインフルエンザ予防接種を受けた被保険者及び被扶養者。
2．接種期間　**１０月１日～１月３１日**までに予防接種を受けた方。
3．補 助 額　同一年度内１人１回まで、1,000円を上限として実費額を支給します。
（２回接種法によるときは２回で１回とみなします）
ただし、地方自治体等の補助がある場合は支給対象となりません。
（一部負担金がある場合を除く）
4．添付書類　「領収書（写可）」等。
領収書には、接種日・接種者氏名・医療機関名・単価・予防接種である旨が記載されたものを添付してください。
領収書を紛失した等の場合は、実施医療機関より「領収証明書」（当組合ホームページに掲載）に記入・捺印を受けてください。
5．提出方法　事業所でとりまとめて、**翌年２月末日（必着）**までに組合に提出してください。
6．振 込 先　本社・支店・営業所・工場等別に指定することができます。

東振協のインフルエンザ予防接種を利用した方は、
この予防接種費用補助金は利用できません。

東京金属事業健康保険組合

受　付　印
受付No,

確認済み	