

令和5年度 インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

印刷用

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	請求額	円
------	---	-----	---

事業所記号						
補助金振込先	金融機関名			金融機関コード		
	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 <small>(右詰めでご記入ください)</small>					
	フリガナ 口座名義					
事業所所在地						
事業所名						
事業主名						
電話番号						

※記入上のご注意

- 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。
- 接種期間 10月1日～翌年1月31日までに予防接種を受けた方。
- 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)
- 添付書類 「インフルエンザ予防接種者一覧表」及び「領収書(写可)」。
領収書には、接種日・接種者氏名・医療機関名・単価・インフルエンザ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より印刷してください)に記入・捺印を受けてください。
- 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、当組合に提出してください。
- 補助金振込 振込口座は、本社・支店・営業所等別に指定することができます。

東京金属事業健康保険組合

受付印

受付No,

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。

確認済み

インフルエンザ予防接種者一覧表

印刷用

事業所記号		事業所名	
-------	--	------	--

保険証番号	氏名	続柄	生年月日	接種日	負担した額
		本人・家族	年 月 日	年 月 日	円
		本人・家族	年 月 日	年 月 日	円
		本人・家族	年 月 日	年 月 日	円
		本人・家族	年 月 日	年 月 日	円
		本人・家族	年 月 日	年 月 日	円
		本人・家族	年 月 日	年 月 日	円
		本人・家族	年 月 日	年 月 日	円
		本人・家族	年 月 日	年 月 日	円
		本人・家族	年 月 日	年 月 日	円
		本人・家族	年 月 日	年 月 日	円

領収書はこの欄の左にホチキス留めしてください

◆実施医療機関が発行した以下の事項が記載されている領収書（写し可）を添付してください。

- ① 接種日
- ② 接種を受けた方の氏名
- ③ 医療機関名
- ④ 予防接種料金
- ⑤ インフルエンザ予防接種である旨