

2022年度インフルエンザ予防接種補助金支給申請書 (任意継続・特例退職被保険者用)

年 月 日

慶應義塾健康保険組合 御中

以下のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金の支給を申請します。

保険証の「記号」	保険証の「番号」			電話番号			
被保険者 氏名				メールアドレス			
接種者氏名(被保険者・被扶養者)・生年月日	続柄	接種日(西暦)	医療機関名	窓口負担金額	※健保記入欄		
(. .)		. .		円			
(. .)		. .		円			
(. .)		. .		円			
(. .)		. .		円			

※支給決定額

円

【領収書に①～⑤が記載されていることをご確認ください。不備がある場合は、受付できません。】

領 収 書

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 ①接種年月日

慶應 太郎 様

¥3,000- (税込) ③接種費用額

但し、インフルエンザ予防接種代として

〇〇病院 印 ⑤医療機関名および
医療機関印または認印

②接種者氏名(フルネーム)
※苗字のみは不可

④インフルエンザ予防接種代であること

ご提出前にご確認ください(レ点チェック)。

- 上記の太枠線内を記入しましたか？
- 領収書(原本)に①～⑤の事項が記載されていますか？
- 領収書を貼り付けましたか？
- 領収書には1人あたりの接種費用額が記載されていますか？

受 付 印	入 力

領収書貼付欄

申請上の注意

- 領収書がこの枠に入らない場合は、裏面に貼付してください。
- ご家族の接種代金をまとめて支払う場合は、医療機関に一人あたりの料金及びそれぞれの接種日を領収書に記入していただいでください。
- お住まいの市区町村などで接種代の全額または一部の補助を受ける場合は、自己負担分のみが本申請の対象となりますので、自己負担額が分かる領収書を貼付して申請してください。
- 申請の最終期限は**2023年2月17日(金)**です。接種後は速やかにご申請ください。
- 補助額は1回2,000円を上限として、1人1回までです。**