

## 2018年度インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

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。

記号		番号 (教職員番号)				
被保険者 氏名	(印)			部署 (在籍者のみ記入):		内線( )
				任継・特退の方		tel: e-mail:
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	
( . . )			. .		円	
( . . )			. .		円	

※支給決定額

◎原則として毎月25日までの受付分は、翌月の給与に合算支給いたします。

円

◎任意継続・特例退職者の方は、健保加入時に登録の金融機関に振込みます。  
登録金融機関以外の振込先をご希望の場合、以下をご記入ください。(在職者は記入不要です。)

指定銀行	銀行	支店
預金種類	1. 普通口座(総合口座)	2. 当座預金 (どちらかをマルで囲んで下さい)
口座番号		
フリガナ		
口座名義(本人)		

受 付 印	入 力

### 領収書貼付欄

申請上の注意

1. 上記の太枠線内を記入してください。
2. 必ず次の項目を満たしている領収書(原本)をこの申請書に①～⑤の項目が見えるように貼付してください。  
**①接種を受けた人の氏名 ②接種日 ③接種を受けた医療機関名および医療機関印 ④金額 ⑤インフルエンザ予防接種代であること が明記されていること**  
 ※領収書がこの枠内に入らない場合は、裏面に貼付してください。
3. ご家族の接種代金をまとめて支払う場合は、医療機関に1人あたりの料金およ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。
4. 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。
5. 申請の最終期限は**2019年2月15日**です。接種後は速やかにご申請ください。
6. **補助額は1回2,000円を上限として、1人1回までです。**