令和 5 年度 インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

リゾートトラスト健康保険組合（保険者番号：06232250）

リゾートトラスト健康保険組合 押印欄			
常務理事	事務長		

申請日　令和　5　年　11　月　1　日

■ 被保険者（社員本人）情報記入欄

所属法人	リゾートトラスト株式会社 ※出向社員は出向【元】の法人名を記入して下さい			部署･施設	エクシブ〇〇 ※出向社員は出向先の部署・施設名を記入してください
被保険者証記番号	記号	10	番号	1234567	氏名　健保　太朗
確認事項 ✓を入れてください	☑ 予防接種の受診者はリゾートトラスト健康保険組合の加入者であること ☑ 領収証の宛名は受診者名であること（会社宛の場合は補助申請できません） ☑ 領収証に「インフルエンザ予防接種代」の旨の記載があること（明細書を別添でも可）				

■ 予防接種対象者（受診者）情報記入欄

受診日	令和 A 5 年 10 月 25 日	氏名	B 健保　一朗	続柄	子
医療機関名称	D 医療法人社団××会　△△クリニック				
医療機関窓口への支払金額	税込 C 4, 600 円	健保組合への補助金申請額	税込 C' 4, 400 円		

（12歳以下の子のみ）2回分を補助申請する場合は、病院で支払った2回分の合計額

4,400円が上限

領　収　証

患者番号 B	氏　名 ｹﾝﾎﾟ　ｲﾁﾛｳ
12345	健保　一朗

A 受　診　日
令和5年10月25日

------	--------	-------	---	----	--------
------	----	---------	-----	保険外診療	-------
				4,600　円	

インフルエンザ予防接種として

C 領　収　金　額
4,600　円

D 〒123-4567　愛知県名古屋市〇〇丁目〇-〇
医療法人社団××会　△△クリニック

12歳以下の子に限り、2回分の合算金額合計で上限4,400円までを補助申請する場合は、領収証は2枚とも原本貼付してください。

【申請書送付先、問合せ先】　リゾートトラス
〒460-0008　愛知県名古屋市中区栄二丁目6-1　R