

令和 3 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 3 年 12 月 10 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 太郎
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） ☒ 添付する領収証に インフルエンザ予防接種代 の旨の記載があること		

■ 予防接種対象者（受診者）情報記入欄

受診日	令和 A 3 年 11 月 25 日	氏名	B 健保 一郎	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	A 受 診 日																		
12345	ケンボ イチロウ 健保 一郎	令和3年11月25日																		
<table><tr><td>-----</td><td>-----</td><td>-----</td><td>---</td><td>----</td><td>-----</td></tr><tr><td>-----</td><td>-----</td><td>-----</td><td>-----</td><td>保険外診療</td><td>-----</td></tr><tr><td colspan="4"></td><td>4,600 円</td><td></td></tr></table>			-----	-----	-----	---	----	-----	-----	-----	-----	-----	保険外診療	-----					4,600 円	
-----	-----	-----	---	----	-----															
-----	-----	-----	-----	保険外診療	-----															
				4,600 円																
C 領 収 金 額			インフルエンザ予防接種として																	
4,600 円			D 〒123-4567 愛知県名古屋市中区栄二丁目〇-〇 医療法人社団××会 △△クリニック																	

【申請書送付先、問合せ先】 リゾートトラスト健康保
〒460-0008 愛知県名古屋市中区栄二丁目6-1 RT白川ビル

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。