

リゾートトラスト健康保険組合
2020年度 インフルエンザ予防接種
補助金支給申請書

常務理事	事務長			

申請日：令和 年 月 日

被保険者（社員本人）の 情報	所属法人名 ※出向社員は出向元の法人名		部署・施設名 ※出向社員は出向元の部署・施設名	
	被保険者証の記号・番号	記号	番号	
	氏名 (フリガナ)	印		生年月日 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日
	電話番号 ※メンバーズネットでも可			

受診者の 情報	※受診者が複数いる場合は、2枚目以降は上記の「被保険者（社員本人）の情報」欄は記入不要です。左上をホチキス留めのうえ一括してご提出ください。				
	氏名 (フリガナ)	生年月日 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日			被保険者との 関係(続柄)
	受診日	令和 2 年 月 日			
	受診された 医療機関の名称				
	医療機関窓口 への支払金額	円(税込)	健保組合への 補助金申請額	円(税込)	

↑支払実費をご記入ください。但し、税込4,400円を超過する場合は「4,400」とご記入ください。

〔 領 収 証 貼 付 欄 〕

- 【要注意①】 補助金は接種1回分しか支給できません。
 ※お子様が2回接種した場合でも、いずれか1回分しか補助金を支給できません。
 2回接種した場合は、いずれか一方の領収証を貼付し、その金額（上限4,400円(税込)）を申請してください。
※2回分の接種金額を合計して申請することは当組合の規程によりできません。
- 【要注意②】 領収証の宛名は、必ず受診者本人のお名前を記載していただくようお願い致します。
※領収証の宛名が会社名の場合は、補助金を支給できません。