リゾートトラスト健康保険組合 任意継続被保険者･被扶養者向け

2019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

被保険者様の情報					
被保険者証の記号・番号	記号	９０００	番号		
氏　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 印		生年月日	□昭和 □平成 年 月 日	
電話番号					
補助金振込先 ※必ず被保険者様名義の口座情報をご記入ください。被扶養者様名義の口座にはお振込みできません。	↓いずれかに○ 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　）	↓いずれかに○ 本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所			
	□ 1．普通 2．当座 3．別段 4．通知	口座番号			
口座名義	↓カタカナ(姓と名の間は１マス空けてください。濁点(゛)、半濁点(゜)は１字としてご記入ください。)				

受診者様の情報				
※受診者様が複数おられる場合は、2枚目以降は上記の「被保険者様の情報」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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	被保険者との関係(続柄)	
受診日	令和 元 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。
たとえばお子様が２回接種を受けられた場合、
いずれか１回分しか補助金は支給致しません。
２回接種を受けられた場合は、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のは固くお断りします。

【 要 注 意 ② 】　領収証の宛名は、必ず受診者様本人のお名前を記載して貰ってください。