

リゾートトラスト健康保険組合  
 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 （ 社 員 本 人 ） の 情 報	所属法人名 <small>※出向社員は出向元の法人名</small>	部署・施設名 <small>※出向社員は出向先の部署・施設名</small>		
	被保険者証の記号・番号	記号	番号	
	氏名 <small>(フリガナ)</small>	印		生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	電話番号 <small>※メンバーズネットでも可</small>			

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 <small>(フリガナ)</small>	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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)		

1 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回接種した場合、いずれか1回分しか補助金は支給しません。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、必ず受診者本人のお名前を記載して貰ってください。  
**※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。**