

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 様 の 情 報	被保険者証の記号・番号	記号	9000	番号		
	氏名	(フリガナ)	印		生年月日	
	電話番号					
	補助金振込先	↓いずれかに○		↓いずれかに○		
	※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。	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所			
	口座番号	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知				
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	(フリガナ)	生年月日		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回接種をした場合でも、いずれか1回分しか補助金は支給できません。
 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**受診者様本人のお名前**を記載して頂くようお願い致します。