（様式第1号）

H14

健保組合補助決定額	円

海外インフルエンザ等予防接種補助額請求書

経済産業関係法人健康保険組合　理事長殿

提出日　　令和　　年　　月　　日

健康保険の	記号		氏　　名		実施人数	人
	番号		駐在国			

※上記金額の受領を当事業所の事業主が届け出た保険給付金等受領代理人に委任します。

【請求内訳】（１名の場合もご記入ください）

氏　　名	性別	生年月日 元号	年	月	日	区分	接種した日 元号	年	月	日	通貨名	費用（現地通貨）
	男 ○ 女 ○	昭 ○ 平 ○ 令 ○				被保険者○ 被扶養者○						
	男 ○ 女 ○	昭 ○ 平 ○ 令 ○				被扶養者						
	男 ○ 女 ○	昭 ○ 平 ○ 令 ○				被扶養者						
	男 ○ 女 ○	昭 ○ 平 ○ 令 ○				被扶養者						
	男 ○ 女 ○	昭 ○ 平 ○ 令 ○				被扶養者						
	男 ○ 女 ○	昭 ○ 平 ○ 令 ○				被扶養者						

【補助内容】

①補助の対象者は、予防接種時に被保険者及び被扶養者である者です。

②補助額は、年度当たり、１人１回6,000円を限度とします。

【請求・支払方法等】

①この補助額請求書に、予防接種の費用であることが明記されている領収書（原本）を添えて、事業所を経由して当健保組合へ請求してください。

②日本語以外の領収書には必ず翻訳を付してください。
また、家族の費用をまとめて支払った領収書である場合は内訳（接種者名、費用）を付記してください。

③予防接種の利用は複数回可。ただし、当健保組合への請求は１年度１回とします。

④被保険者及び被扶養者の接種分を取りまとめて、ご家族単位で請求してください。

⑤被扶養者が国内に居住している場合は、「国内のインフルエンザ等予防接種補助」の対象となります。

⑥この補助額請求書は、当該年度の３月１５日までに事業所に提出してください。

【その他 】

補助詳細につきましては、当健保組合ホームページ（https://www.keisan-kenpo.or.jp/）もしくは勤務先の担当課にてご確認ください。

令和7.4改