（様式第１号）

インフルエンザ等予防接種
補　助　額　請　求　書

H08

経済産業関係法人健康保険組合　理事長殿　　提出日　令和 ● 年 12 月 15 日

健康保険の	記号	●●●●	氏　　名	山田　太郎
	番号	●●●●		
実施人数	3		補　助　額 請求合計額	14,400 円

【複数回接種する場合】
予防接種の利用は複数回可能ですが、申請は1年度1回のみです。3,000円を2回接種した場合、1度目で申請したら2度目の3,000円は補助対象外となります。必ずまとめて申請して下さい。

【

							接種した日			補助額請求額
							年	月	日	
山田　太郎	男 ◉ 女 ○	平 ○ 令 ○	●●	5	10	被保険者 ◉ 被扶養者 ○	令和	●	11	10	4,200
山田　花子	男 ○ 女 ◉	昭 ◉ 平 ○ 令 ○	●●	11	9	被扶養者	令和	●	11	10	4,200
山田　健一	男 ◉ 女 ○	昭 ○ 平 ◉ 令 ○	●●	3	15	被扶養者	令和	●	11	10	6,000
							令和	●	11	30	
		昭									

【添付する領収書の留意事項】

①予防接種を受けた方の氏名と予防接種であることを明記したものを添付してください。

②原則として、医療機関で記入したものとしますが、上記①の記載がない領収書を受け取ってしまった場合は、領収書の余白にご自身でその旨記載してください。

③複数の方の領収額がまとめて記載されている場合は、領収書の余白にその内訳も記載してください（記載例：「太郎分4,200円、花子分4,200円」等）

【補助
①補助の対象は、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（事業所宛は不可）を添えて、事業所を経由して当健保組合へ申請してください。
（※任意継続被保険者の方は当健保組合へ直接郵送してください。）
②予防接種の利用は複数回可。ただし、<u>当健保組合への請求は１年度１回とします。</u>
③支払は、当健保組合加入時に提出いただいた「保険給付金等振込依頼書」の口座宛に振り込みます。
④被保険者及び被扶養者の接種分を取りまとめて、家族単位で申請してください。
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。
⑤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 】

①<u>「請求内訳」の「区分」欄１行目に限り</u>、請求対象者が「被保険者」か「被扶養者」を選択してください。
②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ご確認ください。

令和7.4改