

(様式 1)

常務理事	事務長	室長	課長	係長	係

「インフルエンザ予防接種補助金」請求書

次のとおり、インフルエンザ予防接種を受けたので、証拠書を添えて補助金を請求します。

平成 年 月 日

東京都報道事業健康保険組合 理事長 殿

事業所名	
被保険者証 記号 - 番号	—
被保険者名	(印)

被 保 険 者 記 入 欄	接種者氏名	性別	続柄	医療機関名	接種年月日	接種料金	補助金
	フリガナ	男・女	本人・家族		平成 年 月 日	円	円
	フリガナ	男・女	家族		平成 年 月 日	円	円
	フリガナ	男・女	家族		平成 年 月 日	円	円
	フリガナ	男・女	家族		平成 年 月 日	円	円
	フリガナ	男・女	家族		平成 年 月 日	円	円
	フリガナ	男・女	家族		平成 年 月 日	円	円
	フリガナ	男・女	家族		平成 年 月 日	円	円
	支給決定額						

※太線内、健保使用欄

委 任 状	私は事業主を代理人と定め、補助金の受領方を委任します。		平成 年 月 日
	被保険者	住 所	
		氏 名	(印)
	代理人 (事業主)	住 所	
		事業所名	
		氏 名	(印)

※ 請求書は被保険者単位で1枚ずつ作成してください。

※ 接種料金を支払った際の証拠書(予防接種を受けた方の名前が明記してある領収書)を裏面に添付してください。

※ **補助金支給回数は、一人1年度1回です。2回接種法の場合でも、初回分のみ補助対象とします。**

※ 上記の補助金は事業主を経由して支払いますので、委任状には事業主および被保険者の印を忘れずに押印してください。

※ 請求書は、3月末日までに健康管理課あてご提出ください。