

常務理事	事務長	室長	課長	課長補佐	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。

令和 年 月 日

東京都報道事業健康保険組合 理事長 殿

事業所名称	
被保険者等 記号-番号	-
被保険者氏名	

接種者氏名	続柄	医療機関名	生年月日		接種料金	補助金
			接種年月日			
フリガナ	本人・ 家族		S・H・R	年 月 日	円	円
			R	年 月 日		
フリガナ	家族		S・H・R	年 月 日	円	円
			R	年 月 日		
フリガナ	家族		S・H・R	年 月 日	円	円
			R	年 月 日		
フリガナ	家族		S・H・R	年 月 日	円	円
			R	年 月 日		
フリガナ	家族		S・H・R	年 月 日	円	円
			R	年 月 日		
					支給決定額	円

※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。		令和 年 月 日
	被保険者	住所	
		氏名	
	代理人 (事業主)	住所	
		事業所名	
		氏名	

- ※ 必要事項を記入の上、本請求書と①「インフルエンザ」文言②接種者氏名③金額が明記された領収書と診療明細書(領収書の①～③が明記されていない場合)等を**事業所ご担当者へご提出ください。**
- ※ 被保険者等記号-番号は、①マイナポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。
- ※ 請求書は被保険者単位で1枚ずつ作成してください。
- ※ **補助金支給回数は1年度一人1回 … 2回接種法の場合でも、初回1回分のみ補助対象。**
- ※ 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。
- ※ **任意継続被保険者の方はご郵送ください。**