③令和6年度 インフルエンザ予防接種補助金支給申請書 （任継専用）

◆ 支給対象者 **被保険者** （接種日に当組合被保険者〈本人〉であること）

◆ 支給対象期間 **令和 6 年 10 月 1 日～令和 6 年 12 月 31 日までに予防接種を受けた方**

※ただし「当組合健康管理センター」・「当組合診療所」・「東振協 契約医療機関」で接種を受けた方は、補助金支給対象となりません。

◆ 支給限度額 **1人1回のみ 1,000 円 ※但し接種代金 2,100 円以上が支給対象となります。**

◆ 請求期限 **令和 7 年 2 月 28 日（消印有効）**

◆ 添付書類 **【1】 インフルエンザ予防接種補助金支給申請書** ※この用紙

【2】 領収書の原本 ※下記①～⑥までが記載されていることを確認ください。

① 保険証記号・番号（資格取得前または喪失後の接種は支給対象外）
② いつ（年月日）
③ どこで（医療機関名）
④ 誰が（接種を受けた方の氏名〈フルネーム〉）
⑤ なにを（インフルエンザ予防接種と明記）
⑥ 接種費用（単価）

※領収書原本を添付できない場合は、領収書コピーにその旨をご記載いただき、捺印の上ご提出ください。

◆ 注意事項 特にレシートの場合、病院名や金額しか印字されていないことが多いので、病院に接種者名、インフルエンザ予防接種である旨を記入してもらってください。

＜任意継続被保険者＞

令和 年 月 日提出

保険証番号(9900 の後の 5 桁の数字)						
被保険者氏名	㊞					
住所	〒					
連絡先電話番号	― ―	接種金額	円			

※健保記入欄

申請期間・人数	～ 名
支給決定額	円

＜振込口座＞●ゆうちょ銀行の場合は、銀行振込用支店名（3 桁の漢数字）・口座番号をお調べのうえご記入ください。

金融機関名	銀行 金庫	店番	本店 支店	1・普通 2・当座			
口座番号							
預金口座名義人	(フリガナ)						

受付印 NO.

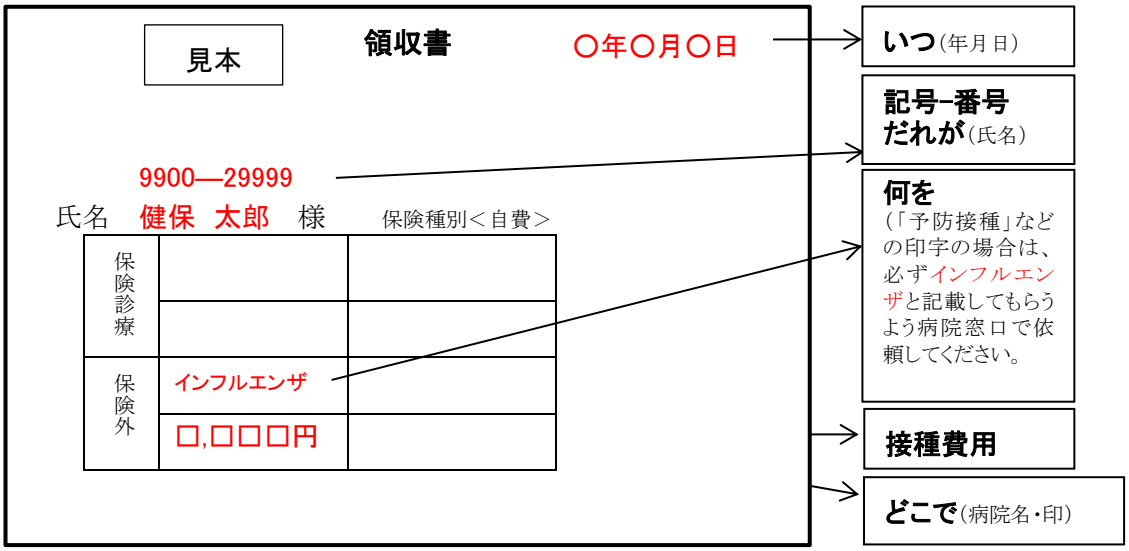
〒103-8554 東京都中央区日本橋堀留町1-9-6 東京織物健康保険組合 健康管理課 TEL03（3661）2257

③　インフルエンザ領収書添付用紙

の　り　し　ろ　（ホチキス不可×）

接種後、領収書の上部をのりづけし、この用紙またはA4 用紙に添付してください。
※感熱紙の領収書は記載内容が消えるおそれがあるため、テープをご使用ください。

◆申請前に再度ご確認ください。

◆領収書	**原本（コピーの場合は一筆と捺印）** ※接種済証・医療費明細書では受付できません。
◆対象期間	**令和 6 年 10 月 1 日～令和 6 年 12 月 31 日**までに接種した方。
◆対象者	**被保険者のみ**　資格取得前・喪失後の接種は対象外です。
◆契約病院	**「東振協・契約医療機関」で予約し、利用券を持参して接種した方は、すでに窓口で補助金が差し引かれていますので、補助金は請求できません。また、接種代金 2,100 円未満は支給対象外です。**
◆領収書の記載内容 〈例〉	領収書に**下記の内容が記載**されているかご確認ください。  **※保険証の記号番号は手書きで付け加えてください。**