

③ 令和2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2年10月1日～令和2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 1,000円** ※但し接種代金 2,000円以上が支給対象となります。
- ◆ 請求期限 **令和3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・印) 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、病院に印と接種者名を記入してもらってください。

<任意継続被保険者>

保険証番号(9900の後の5桁の数字)						令和 年 月 日提出
被保険者氏名						⑩
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				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.

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2年10月1日～令和2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2,000円未満は支給対象外です。																					
◆領収書の記載内容<例>	<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">見本</td> <td style="text-align: center;">領収書</td> <td style="text-align: right;">○年○月○日</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">9900—29999</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td style="text-align: center;">健保 太郎 様</td> <td>保険種別<自費></td> </tr> <tr> <td>保険診療</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>保険外</td> <td style="text-align: center;">インフルエンザ</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">□,□□□円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">○△□病院 領収 ㊤</td> </tr> </table> </div> <p>いつ(年月日) 記号-番号 だれが(氏名) 何を (インフルエンザ) ワクチン・予防接種 などの印字の場合 は、必ずインフル エンザと記載してもら うよう病院窓口で依 頼してください。 接種費用 どこで(病院名・印)</p> <p>※保険証の記号番号は手書きで付け加えてください。</p>	見本	領収書	○年○月○日		9900—29999		氏名	健保 太郎 様	保険種別<自費>	保険診療			保険外	インフルエンザ			□,□□□円				○△□病院 領収 ㊤
見本	領収書	○年○月○日																				
	9900—29999																					
氏名	健保 太郎 様	保険種別<自費>																				
保険診療																						
保険外	インフルエンザ																					
	□,□□□円																					
		○△□病院 領収 ㊤																				