申請経路： 申請者 → 会社人事 → パレット健康保険組合

インフルエンザ予防接種補助費申請書

【ご注意】東振協の利用券を使って予防接種を受けられた方は、接種当日に補助を受けておりますので、申請することはできません。

記入日	令和　　年　　月　　日	※太枠内のみご記入下さい

記号	番号（右詰め）	被保険者氏名	会社名 ※任意継続の場合は記載不要
			日中の連絡先　（　　）

区分	氏名	性別	生年月日	接種年月日	接種費用
0 本人	被保険者本人	1.男 2.女	昭和 平成　年　月　日	令和　年　月　日	円
1 家族		1.男 2.女	昭和 平成 令和　年　月　日	令和　年　月　日	円
1 家族		1.男 2.女	昭和 平成 令和　年　月　日	令和　年　月　日	円
1 家族		1.男 2.女	昭和 平成 令和　年　月　日	令和　年　月　日	円
1 家族		1.男 2.女	昭和 平成 令和　年　月　日	令和　年　月　日	円
1 家族		1.男 2.女	昭和 平成 令和　年　月　日	令和　年　月　日	円

【領収書の糊付け貼付欄】

①～⑤が確認できるように

領収書を、のりで貼ってください。

A5 サイズ以上の場合は裏面に貼付してください。

※右記①～⑤が記載されていることをご確認ください。
※領収書は返却いたしません。コピーをお手元に保管してください。
※申請は年度で 1 人 1 回までとなります。

領収書に必要な記載事項

①「インフルエンザ」又は「予防接種」と明記
（明記がない場合は診療明細書の追加貼付可）

②予防接種を受けた方の氏名（フルネーム）

③医療機関名

④接種年月日

⑤支払金額

※必要事項の記入がない場合は医療機関に記入をお願いしてください。

対象者	パレット健康保険組合の被保険者・被扶養者
補助金額	1,000 円（1 人 1 回まで）※ 1 回の実費額が補助金額に満たない場合は実費額
補助回数	年 1 回。予防接種期間は 10/1 から翌年 3/31 まで
申請書送付先	各社人事
お問い合わせ先	パレット健康保険組合　TEL03-3984-7171 〒171-0022 東京都豊島区南池袋 1-10-13　荒井ビル 2 階

本書面及び添付書類に記載された内容や本申請において知り得た個人情報について、他の目的のために利用したり、第三者に提供することはありません。

【健保使用欄】

補助算定	1,000 円×　　人
受付番号	

支払日	受付日