

インフルエンザ予防接種補助費申請書(集団用)

※太枠内のみご記入ください

記号			
----	--	--	--

「インフルエンザ予防接種実施者リスト」記載の者に、下記のとおり予防接種を実施しましたので、補助費を申請いたします。 申請日： 年 月 日

事業所	所在地 名称 代表者氏名
	担当者氏名 連絡先TEL ()

実施医療機関名		実施月	年 月
接種料金と 実施人数	円 × 名		
	円 × 名		

◎補助の対象と補助金額

対象	10月から翌年3月末日までに予防接種を受けた被保険者(本人)および被扶養者(家族)
補助金額	1,000円(1人1回まで) ※但し、1回の実費が補助金額に満たない場合は実費額

◎添付書類 ※すべて必要です

1. 事業所作成の「インフルエンザ予防接種実施者リスト」(CSVファイルまたは用紙)
2. 医療機関発行の「予防接種者一覧の写し」(注:被保険者番号および氏名が記載されたもの)
3. 医療機関発行の「領収書の写し」(注:予防接種単価および接種人数が記載されたもの)

*補助費は原則、健保に毎月25日到着分(土日祝日の場合は前営業日)までを翌々月振り込みます。

*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は、他の目的で利用したり、第三者に提供することはありません。

お問い合わせ先 〒171-0022 東京都豊島区南池袋1-10-13 荒井ビル2階
パレット健康保険組合 TEL:03-3984-7171

【健保記入欄】

支給決定額	1,000円× 名= 000円	計	00円
	円× 名= 円		

--	--	--	--

パレット健康保険組合

支払日	受付日