

インフルエンザ予防接種補助金申請書

令和 年度 （ 予防接種補助対象期間 10月1日～1月31日 ）

任意継続被保険者用

住所 〒

保険証の記号			保 険 証 の 番 号					被保険者氏名
1	4	4						

接 種 者 氏 名	続 柄	接 種 年 月 日	支 払 額	備 考
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
支 払 額 合 計			円	(名)
補 助 金 申 請 額			円	

年 月 日 提出

(注)

1. 年度内の対象期間中にインフルエンザ予防接種を受けた被保険者と被扶養者に対し、1名につき2,000円を上限に補助します。(接種費用が2,000円未満の場合は実費分を補助)
対象期間中に2回接種した場合、1回目と2回目の合算金額から2,000円を上限に補助します。**1回の金額が2,000円未満の場合は2回接種分をまとめて申請してください。**
2. こちらは任意継続被保険者またはその被扶養者の世帯単位用の申請書です。申請書はトピー健康保険組合へご提出ください。
3. 領収書の原本を申請書の裏面に貼付(のり付け)してください。
領収書には次の項目の記載が必要です。不足している場合は、医療機関で記載してもらうか、診療明細書を添付してください。

① インフルエンザ予防接種を受けた方の氏名

② 予防接種を受けた年月日

③ 支払ったインフルエンザ予防接種の料金

④ 医療機関の名称

⑤ インフルエンザ予防接種の代金である旨
4. 提出最終締切日は、当該年度の2月末日(健保必着)です。また、予防接種は1月31日までに受けてください。
5. 補助金申請書の提出先
〒141-8634
東京都品川区大崎1丁目2-2 アートヴィレッジ大崎セントラルタワー
トピー健康保険組合

支 出 決 定 伺

決裁日		支給額	常務理事	事務長	係
執行日		¥			