

同年月日	令和	年	月	日	決 裁	常務理事	事務長	課 長	課長代理	係 長	係
支給金額	百	十	万	千		百	十	円			
支給内訳	種 別		単価 (@)		人 数			金 額 (円)	合計金額 (円)		
			本人	家族	本人	家族	合計				
	インフルエンザ予防接種		1,500円								
インフルエンザ予防接種 (市区町村助成利用者等)		1,500円以下									

## 疾病予防補助金請求書 《インフルエンザ》

↓ 太枠内に記入してください。

東京都洋菓子健康保険組合 殿					令和	年	月	日								
インフルエンザ予防接種を実施したので、補助金を請求します。 また、補助金の受取りを下記の受領代理人に委任します。																
事業所名称					事業所記号											
事業所情報	受領代理人氏名					⑩										
	※事業所から当健康保険組合へ届出されている保険給付金等の受取り人を必ずご記入ください。															
当請求書記入者氏名					⑩											
※確認事項がある場合、記入者宛に問合せいたします。																
インフルエンザ 予防接種者数			本人	家族	合計	予防接種 年月日			令和	年	月	日	～	年	月	日

### ◎提出時に必要な書類

- I. 疾病予防補助金請求書《インフルエンザ》※当該用紙
- II. インフルエンザ予防接種 実施者一覧表  
※接種者の保険証番号・氏名・接種日・接種料金をご記入ください。
- III. 領収書（原本）※右記②を満たしているかご確認ください。  
※領収書の宛名が事業所名の場合、予防接種実施者名がわかる医療機関発行の内訳書等を添付してください。  
※右記②を満たしていない場合、領収書を返戻いたします。

!! 以下のチェック項目①②をご確認ください !!

①領収書(原本)は人数分お揃いですか。

②領収書に以下の必須項目の記載がありますか。

- ・インフルエンザ予防接種であることの明記
- ・予防接種者名
- ・予防接種日
- ・予防接種料金
- ・医療機関名

個人情報の利用目的 当請求書により取得した個人情報は、疾病予防補助金の支給以外の目的で利用することはありません。

# インフルエンザ予防接種実施者一覧表

保険証記号		事業所名					
被保険者【本人】				被扶養者【家族】			
保険証番号	接種者氏名	接種年月日	接種料金	保険証番号	接種者氏名	接種年月日	接種料金
1			円	1			円
2			円	2			円
3			円	3			円
4			円	4			円
5			円	5			円
6			円	6			円
7			円	7			円
8			円	8			円
9			円	9			円
10			円	10			円
11			円	11			円
12			円	12			円
13			円	13			円
14			円	14			円
15			円	15			円
16			円	16			円
17			円	17			円
18			円	18			円
19			円	19			円
20			円	20			円
21			円	21			円
22			円	22			円
23			円	23			円
24			円	24			円
25			円	25			円
26			円	26			円
27			円	27			円
28			円	28			円
29			円	29			円
30			円	30			円
<b>【本人】接種者合計</b>		人	円	<b>【家族】接種者合計</b>		人	円

※疾病予防補助金請求に必要なもの  
 (1) 疾病予防補助金請求書《インフルエンザ》  
 (2) インフルエンザ予防接種実施者一覧表(当該用紙)  
 (3) 領収書(原本)・・・右記、必須5項目をご確認ください。

必須  
5  
項  
目

- ①インフルエンザ予防接種であることの明記
- ②予防接種者名
- ③予防接種日
- ④予防接種料金
- ⑤医療機関名