

インフルエンザ予防接種 補助申請書

デンカ健康保険組合			
常務理事	事務長	担 当	決定補助額等
			円

領収書(原本)を添付し(1家族1枚)、勤務先経由で請求してください。

- 補助対象者 : 接種日時点での加入者(年齢不問)
 補助金額 : 1人につき2,000円(税込)/年度を上限として実費補助(接種回数は問わない)
 申請締切日 : 毎月15日(健保必着) ※休日の場合は翌営業日
 領収書チェックリスト : インフルエンザ予防接種代であることが明記されている
 接種者フルネーム 接種年月日 医療機関名 領収印

**勤務先の名称
(退職者、任意継続の方は記入不要)**

デンカ健康保険組合 理事長 殿

下記の通り申請し、給付金の受領方を()に委任します。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

事業所	勤務先の名称	所 属	〇〇〇〇
被保険者等 記号・番号	● ● ● ● ● ● ● ●	被保険者 氏 名	〇〇〇〇
振込先 金融機関 <small>※従業員の方は給与にてお支払致します。</small>	銀行		支店 普・当
	退職者、任意継続の方はご記入ください		
口座番号	口座名義(カナ)		

接種者	性別	生年月日	回数	接種日	接種費用(税込)	※健保補助額
〇〇〇〇	男	〇〇年 〇〇月 〇〇日	第1回	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇〇〇円	円
	女		第2回	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇〇〇円	
	男	年 月 日	第1回	年 月 日	円	円
	女		第2回	年 月 日	円	
	男	年 月 日	第1回	年 月 日	円	円
	女		第2回	年 月 日	円	
	男	年 月 日	第1回	年 月 日	円	円
	女		第2回	年 月 日	円	
	男	年 月 日	第1回	年 月 日	円	円
	女		第2回	年 月 日	円	

1回目の接種費用が2,000円以上の場合は、
2回目の記入(申請)は必要なし

◎日付および生年月日については、和暦でご記入ください。

◎「※健保補助額」欄は記入しないでください。

(2021.03)