

決 裁 伺	常務理事	事務長	係
支 給 金 額	円		

インフルエンザ予防接種補助金申請書 (任意継続被保険者用)

令和 年 月 日

ミツバ健康保険組合理事長 殿

保険証記号番号	記 号	番 号
	20	

住 所

氏 名

印

インフルエンザ予防接種を受けたため、領収書(原本)を添えて補助金
金 _____ 円 を申請します。

振 込 先	銀 行 名	銀行	支店
	口 座 種 類	1. 普通	2. 当座
	口 座 番 号		

*被保険者本人の名義に限る。

<インフルエンザ予防接種補助金の申請について>

- ◆対象者: ミツバ健保組合の任意継続被保険者及びその被扶養者(接種時に資格のある方)
- ◆対象期間: 毎年10月1日から翌年1月末日までに接種したものに限り。(年1回のみ)
- ◆補助金額: 1人1,500円(上限)とする。(実費額がこの金額に満たない場合は実費額とする。)
- ◆実施機関: 日本国内の医療機関
- ◆申請方法: 翌年の2月末日までにミツバ健保組合へ提出してください。
(同日以降の請求は、支払いの対象から除きます)
- ◆領収書: 次の内容が鮮明に記載されている原本の提出をお願いします。
①接種日②医療機関名・電話番号・領収印③あて名に接種者氏名がフルネームで記載されているもの④「インフルエンザ予防接種代」と明記され、手書き追記の場合は、追記部に医療機関の認印があるもの。⑤接種者が複数の場合は、接種者名とその者の接種金額も併記すること。手書きの場合は④と同様とする。
*領収書は返却いたしません。

*領収書は、裏面に貼付してください。