近畿日本ツーリスト健康保険組合　行
太枠内は記入しないでください

常務理事	事務長	担当	担当	整理番号	支給金額
					円

受付印

提出前にご確認ください！（□に✔印を入れてください）
不備がある場合はご返却させていただきます

□領収書は原本ですか（領収書などの提出書類は返却しません）
□領収書にインフルエンザと明記されていますか（未記載の場合は「診療明細書」を添付）
□領収書に全接種者の氏名と、金額内訳が記載されていますか
※複数名分をまとめた領収書の場合、全接種者の氏名と全員の金額内訳を記載
　未記載の場合は全員分の診療明細書を添付
□領収書に接種日は記載されていますか
□接種を受けた人は当健保の加入者ですか
□市区町村の補助を受けていませんか

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

保険証等 記号−番号	（記号）　（番号） −	被保険者氏名	
所属会社名		所属箇所名	
日中の連絡先	自 宅 ： 携 帯 ：	Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

	接種者氏名	続柄	接種日	接種金額※
1			令和　年　月　日	円
2			令和　年　月　日	円
3			令和　年　月　日	円
4			令和　年　月　日	円
5			令和　年　月　日	円
6			令和　年　月　日	円
7			令和　年　月　日	円

※海外の医療機関で接種した場合は現地通貨で記入してください

【留意事項】
①補助の対象は予防接種時に被保険者及び被扶養者である者
（市区町村の補助を受けている者を除く）
②毎年10月1日～翌年2月末日までに接種した費用に対し、一人につき1回、1,500円を上限に支給
（上限に満たない場合は接種費用実費の支給）
③申請書は接種年度の3月31日健康保険組合必着分が対象で、以降の到着は受領できません
④2回分の領収書は1回分の費用を記載し、補助金支給は1回分のみ、領収書返却はしません

★この申請書に関わる個人データは、インフルエンザ予防接種補助金交付以外の目的には使用いたしません

R05.01改