

〔任意継続用〕

インフルエンザ予防接種補助申請書

下記の通り、インフルエンザ予防接種補助の支給申請をいたします。

記 号	56					
住 所	TEL					
被 保 険 者 氏 名						
被 保 険 者 証 号	接 種 者 氏 名	区 分	接 種 年 月 日	接 種 費 用	※ 補 助 申 請 額	備 考
		本人・家族	・ ・	円	円	
		本人・家族	・ ・	円	円	
		本人・家族	・ ・	円	円	
		本人・家族	・ ・	円	円	
		本人・家族	・ ・	円	円	
合 計 額					円	

振 込 先	銀 行 名	銀行
	銀 行 コード	
	支 店 名	支店
	支 店 コード	
	口 座 番 号	(普) No.
	フリガナ 口 座 名	

太枠内を記入してください。

※ 2,000円を限度として、補助額を記入してください。

振込先は、【被保険者名義】の口座を記載してください。

最終申請期限：翌年1月末日 組合必着

☆ 期限後の申請は補助できません。申請期限は厳守願います。

『領収書貼付け台紙』

【貼り方の注意事項】

- 領収書〔原本〕は台紙の**左端に合わせて**貼り付けてください。
 - インフルエンザ予防接種補助申請書の**接種者氏名記載順**に貼り付けてください。
 - 複数枚の領収書を貼るときは、**重ならないように**貼ってください。A4サイズの領収書は台紙への貼り付けは不要です。
 - 領収書の貼り付けにはのりを使用し、折り曲げず広げた状態で貼ってください。**セロハンテープ及びホッチキスは使用しないでください。**
- ※領収書読み込みの都合上、上記の要件を遵守されていない申請は、一旦ご返却させていただく場合がありますので、ご了承ください。**

《例》

領 収 書

家具太郎 様

金6,000円也

但し、インフルエンザ予防接種料として
家具太郎様 令和〇年〇月〇日接種¥3,000-
家具花子様 令和〇年〇月〇日接種¥3,000-

令和〇年〇月〇日
文京区湯島△-△-△
〇〇〇医院

【領収書の注意事項】

- 領収書には次の事項を必ず医療機関で記載のこと。
◆医療機関名 ◆接種者名（フルネーム） ◆接種年月日 ◆「インフルエンザ予防接種代」を明記
 - 2人以上の領収書は接種者氏名と金額内訳が必要です。
 - 2回接種法で1回分が2,000円未満の場合、1回分と2回分の領収書をまとめて申請してください。
 - レシートや領収書のコピーは受付できませんのでご注意ください。
- ※インフルエンザ予防接種は医療費控除の対象外です。
※海外で接種した場合は上記の事項が記載された領収書に加えて、日本語の訳を添付してください。
日本語の訳には、訳者の氏名と捺印が必要となります。

【申請について】

予防接種を受けた翌月末日までに申請してください。
10月に予防接種を受けた方 → 11月30日まで
11月に予防接種を受けた方 → 12月31日まで
12月に予防接種を受けた方 → 1月31日まで

【最終申請期限】

翌年1月末日 組合必着