

〔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	印					
被保険者証番号	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
	支店名	支店
	口座番号	(普) No.
	ふりがな	
	口座名	

太枠内を記入・押印してください。

※ 2,000円を限度として、補助額を記入してください。

補助対象接種期間：当該年度の10月1日から12月末日まで

対象者：被保険者および被扶養者（接種日現在、資格がある方）

☆振込先は、【被保険者名義】の口座を記載してください。

『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

③家具太郎 様

金6,000円也

⑤但し、インフルエンザ予防接種料として
家具太郎様 ④令和〇年10月31日接種¥3,000-
家具花子様 ④令和〇年10月31日接種¥3,000-

令和〇年10月31日

文京区湯島△-△-△

①〇〇〇医院 ②印

【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。
①医療機関名 ②領収印 ③接種者名（フルネーム） ④接種年月日 ⑤「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。
- 東振協の利用券を使用した場合は、申請できません。

【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】

当該年度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。