

常務理事	事務長	係	係

令和 年 月 日

大平洋金属健康保険組合 御中

## インフルエンザ予防接種補助金請求書（任意継続本人用）

記号	90			
番号				
(フリガナ) 被保険者氏名		男 ・ 女	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
接種日	令和 年 月 日	窓口支払額	円	

「健保決定欄」	健保補助金決定額	円
---------	----------	---

**領収書添付欄 <のり付けして下さい>**

注意事項
<ol style="list-style-type: none"><li>対象者：被保険者本人のみ</li><li>領収書の原本を貼ってください。提出のあった領収書は原則返却いたしません。</li><li>領収書は下記の記載が必要となります。<ol style="list-style-type: none"><li>①医療機関名</li><li>②接種者氏名</li><li>③接種日</li><li>④接種費用</li><li>⑤「インフルエンザ予防接種代」である事が明記されていること</li></ol></li><li>接種期間：9月1日～翌年2月末日、提出期限：3月末日</li></ol>