

# 【任意継続被保険者・被扶養者】インフルエンザ予防接種補助金請求書

事業所名称	任意継続		
記号・番号	9990	—	
被保険者名			
住所	〒		
連絡先 ※日中つながりやすい電話番号	—	—	(携帯・自宅)

No	接種者名	接種年月日	支払金額(税込)
1		令和 年 月 日	円
2		令和 年 月 日	円
3		令和 年 月 日	円

【補助金受取口座記入欄】※被保険者の口座を記入してください

金融機関名		支店名	
口座種別	普通預金・当座預金	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

東京ニットファッション健康保険組合理事長 様

上記のとおり実施したので、補助金を請求いたします。

令和 年 月 日

【添付書類】

① 領収書(コピー可)

※接種者の氏名があるものとし、但し書き等にて”インフルエンザ予防接種”  
がわかるよう領収書発行時に受診医療機関へご依頼ください。

原則、レシートの領収書は不可とさせていただきます。

【注意事項】

① 実施期間は10月～1月末日までとし、請求期限は実施年度の2月末日までです。

② 東振協契約医療機関で受診時に支払った一部負担金は、補助金の対象外です。

受付印

