

インフルエンザ予防接種補助請求書

中部日本放送健康保険組合

年 月 日

| | | | | |
|-------|--|--|--|--|
| 保険証記号 | | | | |
| 保険証番号 | | | | |

| | |
|--------|--|
| 被保険者氏名 | |
| 事業所名称 | |

| |
|----------------------|
| 社員番号 (HD・TV社の方のみ) |
| |

— 予防接種受診者記入欄 —

| 接種者氏名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 (西暦) | 接種日 (西暦) | | 補助金額 |
|-------|-------------|----|-----------|----------|-------|------|
| | | | | 回目 | 年 月 日 | |
| | 男 ・ 女 | | 年 月 日 | 1回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | | | 2回目 | 年 月 日 | |
| | 男 ・ 女 | | 年 月 日 | 1回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | | | 2回目 | 年 月 日 | |
| | 男 ・ 女 | | 年 月 日 | 1回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | | | 2回目 | 年 月 日 | |
| | 男 ・ 女 | | 年 月 日 | 1回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | | | 2回目 | 年 月 日 | |
| | 男 ・ 女 | | 年 月 日 | 1回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | | | 2回目 | 年 月 日 | |

領収証貼り付け欄

- ① 予防接種の領収証 (受診者の名前が記載されているもの) の原本を添付して下さい。(レシートは不可)
- ② 接種 1 人につき 2, 0 0 0 円の補助です。
 - ②-1 実際に払った金額が 2, 0 0 0 以下の場合
⇒ 補助金額欄には、実際に払った金額をご記入ください。
 - ②-2 実際に払った金額が 2, 0 0 0 円以上の場合
⇒ 補助金額欄には、2, 0 0 0 円とご記入ください。