

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

2024年 1月10日

保険証記号	1	0	1	0
保険証番号		2	8	9

被保険者氏名	健康 一
事業所名称	中部日本放送(株)

社員番号 (HD・TV社の方のみ)	12345
----------------------	-------

一 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
健康 保子	男 ・ 女	妻	1985年 5月 1日	1回目	2023年 11月 10日	1500円
				2回目	年 月 日	
健康 太郎	男 ・ 女	長男	2018年 12月 11日	1回目	2023年 11月 10日	2000円
				2回目	年 月 日	
健康 愛子	男 ・ 女	長女	2021年 10月 27日	1回目	2023年 11月 10日	2000円
				2回目	2023年 12月 25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

- 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)
- 接種1人につき2,000円の補助です。
 - 実際に払った金額が2,000円以下の場合
⇒ 補助金額欄には、実際に払った金額をご記入ください。
 - 実際に払った金額が2,000円以上の場合
⇒ 補助金額欄には、2,000円とご記入ください。