

# インフルエンザ予防接種補助請求書

令和 年 月 日

保険証記号・番号		被保険者氏名	印
事業所名			
被保険者の住所			
予防接種受診者名	(続柄)	(続柄)	
	(続柄)	(続柄)	
受診医療機関名及び住所・電話番号			
電話 ( ) —			

## \*注 意 事 項\*

- 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2,000円の補助です。

委任欄			
補助金の受領を下記のものに委任します。			
		令和	年 月 日
被 保 険 者 氏 名			印
住 所			
委任された者の 氏 名 及 び 印			印

\* 健保組合に直接請求する場合、上記委任欄の記入は不要です。