

個人⇒健保

インフルエンザ予防接種補助申請書
(家族も受けた場合)

予防接種補助金を下記の通り申請いたします。

令和 年 月 日

トータルビューティー健康保険組合 御中

被 保 険 者	記号-番号	—	氏名	自署の場合は押印不要 印
	住所	〒		☎ (昼間つながる連絡先を記入してください)
	事業所名			

接種者名	続柄	接種料金	接種日	備考
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

対象者	人数	請求金額合計	領収証添付	備考
被保険者	名	円	通	
被扶養者	名	円	通	
計	名	円	通	

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店										預金種別 1.普通 2.当座 3.その他		
	口座 番号		口座名義人 カタカナで記入												

【申請上の注意】

- 1) 申請書受付締切りは、該当年度2月末です（健康保険組合到着分）。
- 2) 被保険者は、家族分（被扶養者）をとりまとめて、一括で申請してください。
- 3) 申請書には、医療機関からの領収証原本をご提出ください（数字だけのレシートは受け付けられません）。
- 4) 領収書は、個人名（被保険者名・被扶養者名）宛としてください。
- 5) 領収書は、申請書に貼付けず添付してください。
- 6) 補助金の支給は、毎月末日締め翌月25日（営業日）となります。

受付印

常務理事	事務長	担当