

インフルエンザワクチン接種補助申請書（2022年度）

大阪読売健康保険組合理事長殿

◇申請者（被保険者）

申請期日	西暦 年 月 日			
フリガナ				
氏 名				
勤務事業所 <small>※任意継続被保険者は記入不要</small>				
保険証の記号と番号	記号		番号	
住 所	〒 -			
連絡先	電 話	- -		携帯電話
				- -

◇受診者（被接種者）

氏 名	続 柄	接種日	氏 名	続 柄	接種日

補助申請額（領収書の総額） [, 円]
※自治体補助を受けた場合は、総額から差し引いた金額を記入する

<インフルエンザワクチン接種補助について>

1. 補助の対象は被保険者と被扶養者
2. 標記年度の **10月1日～1月末日までに接種し、2月末までに提出**された申請書に基づき、被保険者、被扶養者とも1名につき期間中1件の費用全額を補助します。（12歳以下は2回可）
3. 申請書は、被保険者、被扶養者分をまとめ、1家族1通とし、必要事項を記入のうえ、医療機関が発行した全員分の領収書原本（レシートは不可）を添えて健保組合に申請してください。
（注意！ 申請は期間中1回に限ります。追加受付は認められません。）
4. 領収書には、次の5項目が記載されていること。
 1)受診者氏名 2)受診内容（**インフルエンザのワクチン接種分であることが明記されたもの**）
 3)受診年月日 4)金額（接種分明示） 5)医療機関名及び印。
5. 各事業所を通じて支払われます。
 任意継続被保険者（記号が9の方）のみ下記の補助金振込先欄にご記入ください。

<注>鼻腔スプレー式インフルエンザ生ワクチンは**補助対象外**となります。

◇任意継続被保険者（記号が9の方） 補助金振込先（任意継続被保険者名義）

振込先	フリガナ		フリガナ	
			銀行	支店
	普通預金	口座番号		

①三井住友銀行南森町支店②三井住友銀行他店に口座をお持ちの方は、支障の無い限り、①②の順で振込口座を指定していただくようご協力お願いいたします。