

インフルエンザ予防接種補助金
請求書兼領収書(事業所用)

健保欄	常務理事	事務長	部長	担当

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(メール店番 〇〇〇) 事業所名(銀行 〇〇〇〇〇〇
名・部室店名) 〇〇〇〇〇

適用事業所記号	0000
---------	------

代表者・役職 〇〇〇〇
氏 名 〇〇 〇〇

電 話 〇〇〇 (0000) 0000

インフルエンザ予防接種を下記の通り行ないましたので、医療機関の領収書(写)を添付の上、補助金を請求いたします。請求した補助金は、当事業所の指定口座にお振込願います。

健保手続発送日	00.00.00
担当役付者名(電話番号)	〇〇 〇〇 (0-0000-0000)
担当者名(電話番号)	〇〇 〇〇 (0-0000-0000)

番号	被保険者番号	接種被保険者名	生年月日(和暦)	接種年月日(和暦)	接種費用	請求金額
1	0000000	健保 太郎	〇〇年.4月.1日	〇〇年.11月.1日	〇〇〇〇	〇〇〇〇〇
2	.	.	.	.	.	.
3	.	.	.	.	.	.
4	.	.	.	.	.	.
5	.	.	.	.	.	.
6	.	.	.	.	.	.
7	.	.	.	.	.	.
8						
9						
10						
接種者合計		〇〇 名	接種金額及び請求金額合計		〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇

健保記入欄	受付日		支給決定日		支給額	
-------	-----	--	-------	--	-----	--

【添付書類】

- 事業所の領収証(複数接種者分を一括して発行)には、「接種者人数」「接種年月日」及び「インフルエンザ予防接種代」「医療機関名及び領収印(判)」の記載が必要です。なお、レシート形式は不可です。
- 複数の医療機関で分割接種した場合は、各医療機関の領収書(写)をまとめて添付する。
- 接種者が多数の場合は、インフルエンザ予防接種接種者明細書【書式13-9-1】を添付して下さい。
- 被扶養者の接種分は対象外です。被保険者より個別に申請して下さい。

【注意事項】

- 接種資格年齢は定めず、2,500円を限度に健保が補助します。但し、限度額に満たない場合は実費を補助。
- 接種回数は年1回です。
- 海外渡航(勤務・出張・旅行)のための接種は対象外です。

【郵便】〒220-0022 神奈川県横浜市西区花咲町7-158-2 SIC横浜ビル1F

株式会社システム情報センター 三菱UFJ銀行健保インフルエンザ予防接種申請受付係宛