

常務理事	事務長	担当者

麻疹・風疹・流行性耳下腺炎ワクチン接種補助金請求書

アマゾンジャパン健康保険組合理事長 殿

申請日 令和元年6月15日

被保険者証 記号・番号	記号 1	番号 99999
被保険者氏名	アマゾン 太郎	
被保険者住所	〒151 - 0000 東京都〇〇区△-△-△ ××マンション tel 090 - 9999 - 9999	

日中連絡のつく電話番号を記

申請事項記入欄

予防接種を受けた方の氏名	続柄	接種した日	使用欄
(被保険者) アマゾン 太郎	本人	年 月 日 1 5 15	円
(被扶養者) アマゾン 花子	妻	1 5 15	
(被扶養者)		. .	
(被扶養者)		. .	

2回分まとめて請求することもできます。日付を2段にして記入して下さい。(領収書も2回分必要です。)

被保険者本人名義の口座を指定して下さい

振込先金融機関	銀行		本店
	信金・信組		支店
	支店番号	普通	口座番号
	(被保険者) 名義人	フリガナ	

受付日付印

のりしろ (領収書はこちらに貼付してください)

※ 添付時、領収書の記載内容 (医療機関名称、ワクチン名称、接種者氏名、支払金額があるか) を確認してください ※

注意事項

<対象者> 18歳以上の被保険者および被扶養者 (接種日にアマゾンジャパン健康保険組合の加入者である方)

<補助対象> 麻疹・風疹・流行性耳下腺炎ワクチン接種費用 (混合ワクチン含む。2回まで)

ただし、定期接種該当者は補助対象としない。

<補助金額> 実費。ただし被保険者本人・被扶養者1人につき1回10,000円を上限として、2回まで補助する。

公的な助成がある場合は助成を優先し、健保補助金額を上限として差額を補助。

<申請方法> 1. 医療機関で予防接種を受け、代金を支払って領収書を受け取る

2. 請求書に必要事項を記入し、領収書 (コピー可) を添えて健康保険組合へ提出

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-15 A-PLACE代々木

アマゾンジャパン健康保険組合

TEL : 03-5357-7555 FAX : 03-5357-7556

<留意事項> ・領収書には下記の情報が明記されていることをご確認ください。記載がない場合は返却します

①医療機関名称

②麻疹・風疹・流行性耳下腺炎ワクチン接種代との記載 (手書きの場合は病院担当者の認印又は署名が必須)

③接種者全員の氏名 (フルネーム) ④支払金額 (複数名の場合は内訳)

・領収書の宛名は、費用を支払った被保険者又は被扶養者の個人名です。会社あての領収書では申請できません。