

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 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<br>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<br>東京都〇〇区△-△-△ ××マンション<br>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)<br>アマゾン 太郎 | 本人 | 年 月 日<br>1 5 15 | 円   |
| (被扶養者)<br>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)<br>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。