

## インフルエンザ予防接種補助金請求書

申請日 年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号	番号	
被保険者氏名			
被保険者住所	〒 - tel		

申請事項記入欄 (2回接種型の場合、1行に2段で記載してください)

予防接種を受けた方の氏名	続柄	接種した日	接種費用	健保使用欄
(被保険者)		年 月 日	円	円
(被扶養者)				
(被扶養者)				
(被扶養者)				

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	口座番号	
	普通・当座		
(被 保 険 者 )	フリガナ		
名 義 人			

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、インフルエンザ代、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> 会社の集団接種を受けなかった被保険者および被扶養者 (接種日に健康保険の資格を有する方)
- <補助対象> 10月1日～翌年1月31日までに受けた予防接種
- <補助金額> 健保組合の補助は、被保険者本人・家族1人につき2,000円 (2回接種した場合でも補助は2,000円)  
被保険者本人には会社補助 (上限3,000円) があります。  
被保険者には、健保組合の補助と会社の補助を合わせて健保組合から支払います。
- <申請締切> なるべく接種日より1ヵ月以内に申請してください
- <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 (宛名は個人名。会社宛は不可)  
2. この請求書と領収書 (コピー可) を健康保険組合へ提出 (接種ごとの複数回も可)
- <提 出 先> 〒489-0044 愛知県瀬戸市栄町45 パルティセと108  
(株) バリュエーHR 瀬戸オペレーションセンター インフル受付係 アマゾンジャパン健保組合 担当  
TEL : 0561-56-7026
- <注意事項> ・領収書には下記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インフルエンザ代との記載 (手書きの場合は病院担当者の押印が必須)  
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)