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　1	番号	1234567
被保険者氏名	健保太郎		
被保険者住所	〒 151 － 0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14 tel 03-5357-7555		

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） 健保太郎	本人	年　月　日 2024年12月1日	円 4,500	円
（被扶養者） 健保花子	妻	2024年12月1日	4,500	
（被扶養者） 健保健太	長男	2024年12月1日	4,500	
（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・信組	○○ 本店・支店	受付日付印
支店番号	普通・当座	口座番号 1234567	
（被保険者）名義人	フリガナ ケンポタロウ		
	健保太郎		

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 パルティせと108
（株）バリュー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）