

ダイフク健康保険組合 御中

平成 年 月 日

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

支給決定額 ¥

※健保記入

保険証	記号	番号	事業所
<被保険者>			
氏名	(印)		S. H. 年 月 日生

接種受診者氏名	生年月日	接種日	医療機関名	接種費用
	S. H. / /	H. / /		¥
	S. H. / /	H. / /		¥
	S. H. / /	H. / /		¥
	S. H. / /	H. / /		¥
	S. H. / /	H. / /		¥

振込先	<input type="text"/> 銀行 <input type="text"/> 支店
※被保険者の口座のみ	普通 ・ 口座番号 () 口座名義 カナ ()

【添付書類】 ・ 領収書 (原本)

補助金額 1人あたり上限 2,000円

- ※ 年度内 (4月~翌年3月) で、1人1回に限ります。
- ※ 一家族分をまとめて申請して下さい。
- ※ 保険外診療 (自己負担額10割) に限ります。
- ※ 予防接種費用が補助金額に満たない場合は、実費分を補助します。
- ※ 市区町村が実施している予防接種を利用されたものについては併用できません。
- ※ 接種日にダイフク健保の加入者 (被保険者・被扶養者) の方が対象です。
- ※ 2回接種を推奨されている方でも、補助は1回接種分のみです。