

ダイフク健康保険組合 御中

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> 自署の場合は押印の省略可			
氏名	(印)		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
	/ /	/ /		¥
	/ /	/ /		¥
	/ /	/ /		¥
	/ /	/ /		¥
	/ /	/ /		¥

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)

宛名は受診者であること

補助金額 1人あたり 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ください。
- ※ 保険外診療 (自己負担額10割) で、自己負担が2,000円以上のものに限ります。
- ※ 市区町村が助成している予防接種は補助対象外です。
- ※ 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。