

ダイフク健康保険組合 御中

XX 年 XX 月 XX 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	11	番号	234567	事業所	株式会社ダイフク
-----	----	----	----	--------	-----	----------

<被保険者> 自署の場合は押印の省略可

氏名	健保 太郎		XX 年 XX 月 XX 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
健保 太郎	XX / XX / XX	XX / XX / XX	〇〇××病院	¥ 9,999
健保 愛子	XX / XX / XX	XX / XX / XX	〇〇××病院	¥ 9,999
	/ /	/ /		¥
	/ /	/ /		¥
	/ /	/ /		¥

振込先	〇× 銀行	〇× 支店
※被保険者の口座のみ	普通 ・ 口座番号 ( 1234567 )	口座名義 カナ ( ケンポ タロウ )

【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。