

# インフルエンザ予防接種補助金 請求明細書兼領収書貼付用紙

提出枚数 / ←複数枚提出される場合はご記入ください  
 ご注意：被扶養者のみの請求の場合も、太枠内は必須記入項目です

被保険者証 記号 - 番号	事業所名（在籍している事業所名）		所属部署・連絡先（携帯も可）	
			TEL	- -
被保険者氏名	カナ	性別	生年月日（西暦）	
		男・女	年	月 日

インフルエンザ予防接種費用補助金請求者	1 被保険者	実施機関名		接種日（西暦）	年	月	日	支払額	円
		氏名/カナ		生年月日（西暦）	年	月	日		
	2 被扶養者①	実施機関名		性別	男・女	続柄			
		接種日（西暦）	年	月	日	支払額	円		
	3 被扶養者②	氏名/カナ		生年月日（西暦）	年	月	日		
		実施機関名		性別	男・女	続柄			
	4 被扶養者③	接種日（西暦）	年	月	日	支払額	円		
		氏名/カナ		生年月日（西暦）	年	月	日		
	5 被扶養者④	実施機関名		性別	男・女	続柄			
		接種日（西暦）	年	月	日	支払額	円		
	6 被扶養者⑤	氏名/カナ		生年月日（西暦）	年	月	日		
		実施機関名		性別	男・女	続柄			
			接種日（西暦）	年	月	日	支払額	円	
	請求人数		被保険者	名	被扶養者	名	合計	名	

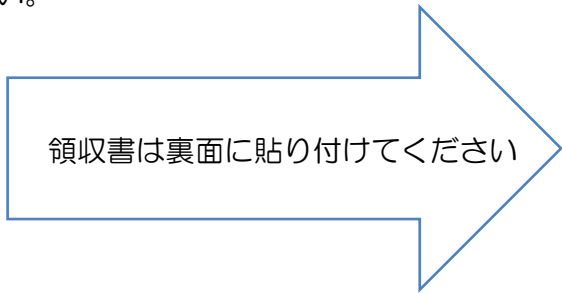
予防接種を受けた方の名前になっていますか？

領収書原本ですか？ →コピー不可です！

領収印がないものは無効です。

インフルエンザ予防接種の費用であることが確認できれば、医療機関で追記してもらってください。

◆本書類の提出先  
 在籍している事業所の総務・人事等にご確認ください。直接健保への送付はご遠慮ください。



対象接種期間：本年度10月1日～本年度12月31日

## 領収書貼付用紙

### 【領収書について】

- ◆ 予防接種済証や診療明細書などの添付では領収書として取り扱うことができません。  
必ず領収書の原本の貼付をお願いいたします。
- ◆ レシート形式においても、医療機関の方に①～④を必ず記載してもらってください。
  - ① 接種した方宛てに振り出された領収書（**原本**）であること。  
（接種を受けた方の氏名が明記されている事。姓だけでは不可。）
  - ② 領収金額が『インフルエンザ予防接種代』とわかる記載がされている事。  
（『予防接種代』だけでは不可。）
  - ③ 接種日が記載されている事。  
（領収日と接種日が同日とは限らないため、領収日では不可。）
  - ④ 接種した医療機関名および領収印が押印されている事。



**領収書は重ならないように貼り付けてください。**

貼りきれない場合は、2枚目としてこの用紙を印刷して貼り付けて、1枚目と一緒にホッチキスで留めてください。

請求者名が書ききれない（7名以上の請求）、領収書が貼りきれない場合は複数枚用紙を印刷し、記入・貼付をし、ホッチキスで留めてご提出ください。