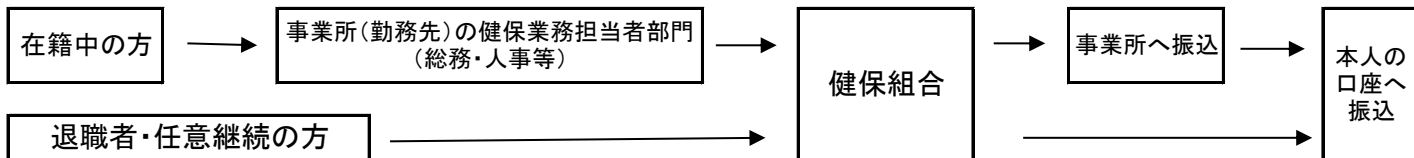


【申請の流れ】



支給 伺	支給決定年月日	支給決定額	常務理事	事務長	担当者
	年 月 日				
	決 裁 年 月 日				
	年 月 日				
		円			

# インフルエンザ予防接種補助金請求書

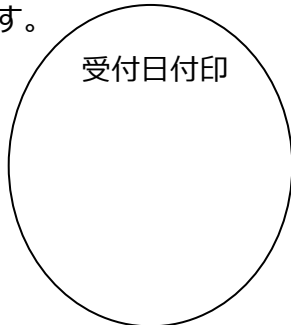
記号・番号	-	被保険者 氏名	
被保険者の現住所	〒 -		
接種日	年 月 日		
実施医療機関名			
同所在地			
支払った金額 (税込)			

(注意)

- ※補助対象者は、アルバック健康保険組合の被保険者のみです。(被扶養者は対象外です。)
  - ※領収書(原本、コピー不可)を添付してください。
  - ※補助金額は、上限3,500円(税込み)です。
  - ※在籍者の方は、事業所(会社)経由でお送りください。
  - ※任意継続被保険者の方は、健保組合まで直接お送りください。
  - ※接種期間は、10月1日~12月31日までが対象です。
  - ※請求期限は、2月末日までの健保到着分とし、3月以降の請求につきましては補助金の対象外です。
  - ※海外での接種は、補助金の対象外です。
- 上記のとおり予防接種を受けたので補助金の交付を請求します。

年 月 日

アルバック健康保険組合理事長 殿



**※領収書は、貼らずに添付して下さい。**