

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	円			
	決 裁 年 月 日				
	年 月 日				

インフルエンザ予防接種補助金交付請求書

記号・番号	○○○○-○○○○	被保険者 氏名	○○ ○○○
被保険者の現住所	〒○○○ - ○○○○ ○○○市○○○町1-1-1		
接種日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
実施医療機関名	○○○○クリニック		
同所在地	○○○○市○○○町5-3-1		
支払った金額 (税込)	○○○○円		

(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、接種日翌年の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。

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

受付日付印

※領収書は、貼らずに添付して下さい。