健康保険　インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

【記入見本】

被保険者証の記号番号	記号 1 番号 12345	生年月日	昭和 ・ 平成	年 5	月 5	日 1	申請日	令和 5 年 11 月 24 日	
被保険者氏名と印	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ　タロウ 健保　太郎　健保印 （自署の場合は押印不要）						被保険者住所	〒 150-9999 東京都渋谷区●○町1-1-1 電話 03（9999）9999	

	受診者氏名	続柄	接種日【2回法の場合は、2回目もご記入ください】		申請金額【実際にかかった費用】	支給金額【※記入しないでください】
①	健保　太郎	本人	1回目	令和 5 年 10 月 14 日	2,500 円	円
			2回目	令和　年　月　日		
②	健保　花子	妻	1回目	令和 5 年 10 月 14 日	3,500 円	円
			2回目	令和　年　月　日		
③	健保　次郎	長男	1回目	令和 5 年 10 月 14 日	4,000 円	円
			2回目	令和 5 年 11 月 14 日		
			1回目	令和　年　月　日		円
			2回目	令和　年　月　日		円
合計人数		3 人	合計申請金額		10,000 円	円

接種日に当健保組合の被保険者または被扶養者の資格がある方のみご記入ください

【申請上の注意事項】

1．補助金対象になる予防接種期間
令和5年10月1日から令和6年1月31日まで

2．補助の対象者
接種日に当健康保険組合の被保険者および被扶養者の資格を有する方。

3．補助金額
1人につき3,500円（税込）を上限として、インフルエンザ予防接種にかかった費用を補助します。
※2回法の場合は、2回終了時に、世帯で申請される場合は、全員分を接種後にまとめて申請してください。

4．支給先
勤務先に届出ている、被保険者名義の給与振込先（金融機関口座）への支給になります。

5．申請方法
次の2点を当組合に郵送にてご提出下さい。
＊インフルエンザ予防接種費用補助金請求書（この用紙）・・・必ず消えないボールペンで記入すること
＊領収書（原本）
※領収書には「インフルエンザ予防接種代として」「接種日」「接種を受けた者の氏名（全員）」の記載が必ず必要です。
※宛名に事業所名（会社名）は不要です。
「接種を受けた者の氏名（全員）」が記載されていない領収書は受付けできません。

6．申請期限
令和6年2月29日(木)必着
※申請期限を過ぎたものについては、補助金をお支払いできない場合がございます。予めご了承下さい。

7．送付先
〒151-0051　東京都渋谷区千駄ケ谷5-23-5　　ベンチャーバンク健康保険組合　宛

8．支給について
申請期限までの、毎月１５日までに受付、同月末日付で、勤務先に届け出ている「被保険者名義の給与振込先（金融機関口座）」へ振り込ませていただきます。
※郵便事情により、事務局に届くのが遅れる場合もあります。支払日の目安としてください。
※書類不備等の場合には、この限りではありません。
※支給に際し、通知は送付いたしません。

健保受付日

ベンチャーバンク健康保険組合