インフルエンザ予防接種補助申請書（任意継続用）

記号	８８８８

番号	受診者氏名	続柄	家族は記入してください		接種日	
			性別	(和暦)生年月日	月	日
		本人 ・ 家族		昭和 平成 令和 年 月 日		
		本人 ・ 家族		昭和 平成 令和 年 月 日		
		本人 ・ 家族		昭和 平成 令和 年 月 日		
		本人 ・ 家族		昭和 平成 令和 年 月 日		
		本人 ・ 家族		昭和 平成 令和 年 月 日		

合計＿＿＿＿＿＿名　　**領収書金額**　¥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（健保使用欄）　**支 給 金 額**　¥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（振込先）＿＿＿＿＿＿＿銀行　＿＿＿＿＿＿支店　{普通 当座}　預金　口座No.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ

口座名義＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり申請します。

西日本プラスチック工業健康保険組合　殿　　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

被保険者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所　〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【補 助 額】受診者１人につき上限 1,000 円

【添付資料】インフルエンザ予防接種の領収書（コピー可：A4 用紙サイズ）

領収書必須記載事項

①受診者氏名②接種日③接種機関名④接種費用⑤インフルエンザ予防接種代と明記

【注意事項】予防接種法等により公費で補助が受けられる場合は公費が優先されます。

補助は、年度内に１回です。

申請期間は当年 10 月 1 日から翌年 1 月 31 日までとなります。

申請期日は２月末日（必着）までとなります。期日を過ぎてのご提出は受付できません。

不正受給が判明した場合は、直ちに補助額を返還いただき、以後当該被保険者又は被扶養者に対する支給を停止する場合があります。