｢Ｂ方式｣インフルエンザ予防接種補助金請求書

特例退職被保険者

任意継続被保険者

民間放送健康保険組合理事長　様

下記のとおりインフルエンザ予防接種を実施したので、補助金を請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 | 記号 | 番号 |  | |
|  |  |
| 被保険者  氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 生年月日 | 昭和  年　　　月　　　日  平成 |
|  | |
| 被保険者  住所 | 〒  ℡(　　　　　)　　　　　－  ※電話番号は繋がる携帯番号等をご記入ください | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 実施日 | 令和　　年　　月　　日 | | 医療機関名 |  | |
| 予防接種の実費 | | 円 | | 〔健保使用欄〕  ※決定額 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被扶養者欄 | 受診者氏名 | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | 生年月日 | | 昭和  平成　　年　　月　　日  令和 | | 続柄 |  |
|  | | |
| 上記住所と  違う場合 | | 〒  ℡(　　　　　)　　　　　－  ※電話番号は繋がる携帯番号等をご記入ください | | | | | | | | |
| 実施日 | 令和　　年　　月　　日 | | | 医療機関名 | |  | | | | |
| 予防接種の実費 | | | 円 | | | 〔健保使用欄〕  ※決定額 | | 円 | | |

※決定額欄は、記入しないでください。

**※この請求に基づく振込先は、当健保で管理している金融機関です。**

**[添付書類]**１．「インフルエンザ予防接種」と表示のある領収書（写）（表示がない領収書の場合は、表示のある明細書または内訳書を合わせて添付してください。）

**[注意事項]**１．予防接種の補助金は、年度内1人１回を限度に補助いたします。

但し、1回目を13歳未満で接種の場合、2回まで補助いたします。

２．Ａ方式（東振協契約医療機関で接種した場合）は、Ｂ方式での補助金の請求はできません。

３．３人以上請求する場合はコピーしてください。

**[請求先]**

令和 　年 　月 　日提出

受付日付印

|  |  |
| --- | --- |
| 本部 | 〒102-0074　東京都千代田区九段南2-9-4  久保寺ツインタワービル |
| 北海道・東北支部 | 〒983-0852　宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8  テルウェル仙台ビル |
| 中国・四国支部 | 〒730-0036　広島県広島市中区袋町5-28  和光広島ビル |
| 九州支部 | 〒810-0001　福岡県福岡市中央区天神4-4-26  ベストアメニティ天神ビル |

民間放送健康保険組合