

「B方式」インフルエンザ予防接種補助金請求書

民間放送健康保険組合 理事長 様

下記の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。

事業所名 _____

事業主名 _____

	インフルエンザ予防接種		※ 決 定 額	備 考
	実施人数	実 費		
被保険者	人	円	円	
被扶養者	人	円	円	
13歳未満 の被扶養者	人	円	円	
合 計	人	円	円	

※欄は、記入しないでください。

- この請求書には、次の書類を添付してください。
 - 「B方式」インフルエンザ予防接種個人別内訳書
 - 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、表示のある明細書又は内訳書を合わせて添付してください)
- 予防接種の補助金は年度内1人1回を限度に(但し、1回目を13歳未満で接種の場合、2回まで。フルミスト点鼻薬(経鼻弱毒性インフルエンザワクチン)を接種した場合は1回。)補助金を支給いたします。
なお、A方式(東振協契約医療機関で接種した場合)で予防接種を実施した場合は、B方式での補助金の請求はできません。
- インフルエンザ予防接種の実施人数と実費を記入のうえ、請求してください。

民間放送健康保険組合