

特例退職被保険者 任意継続被保険者 「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	記号	番号				
被保険者氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者住所	〒 Tel () - ※日中、連絡可能な電話番号をご記入ください					

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	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	
	上記住所と違う場合	〒 Tel () - ※日中、連絡可能な電話番号をご記入ください							
	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]

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 仙台MTビル EAST
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

令和 年 月 日提出
受付日付印