　　　　「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。

1. この請求書には、次の書類を添付してください。
   1. 「Ｂ方式」インフルエンザ予防接種個人別内訳書
   2. 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)

1. 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。

1. 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