

インフルエンザ予防接種補助申請書

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者等 (左づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][][][]	氏名	
	会社名 事業所・所属	電話番号 (日中の連絡先)			<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 () - <input type="checkbox"/> 自宅

受診者氏名	続柄 (長男等)	接種回数	接種日	接種費用	健保補助額
				(支払額)	(上限2,000円/回)
		1回目	R . .	円	円
		2回目	R . .	円	
		1回目	R . .	円	円
		2回目	R . .	円	
		1回目	R . .	円	円
		2回目	R . .	円	
		1回目	R . .	円	円
		2回目	R . .	円	
		1回目	R . .	円	円
		2回目	R . .	円	

【注意事項】

- ・補助対象者は、接種日に当組合の資格がある方です。
- ・補助申請の提出は、各人該当年度1人1回とします。
- ・2回接種が必要な方は、必ず2回目の接種が終了した後にまとめて申請してください。
- ※2回接種とは、13歳未満の方(13歳でも1回目接種の際に12歳であれば2回接種となる)。または、13歳以上の基礎疾患(慢性疾患)のある方で、著しく免疫力が抑制されている状態にある等医師の判断のある方です。

【添付書類】

- ・「領収書」原本を添付してください。「診療明細書」または「接種済証」等は領収書にはなりません。

領収書に必要な記載事項

- ①受診者名(フルネーム)
- ②接種日
- ③接種費用(複数人合計の場合は各人の内訳金額を記載)
- ④「インフルエンザ予防接種」の記載(記載がない場合は、接種医療機関にて追記をご依頼ください。)
- ⑤接種医療機関名称と連絡先

【申請書の提出先】

※補助申請は、速やかにご提出ください。
(費用を支払った日の翌日から2年を経過し当健保組合に届いた場合は補助できません。)

勤務先	提出先
九州電力 九州電力送配電	QBP 労務・福祉サービスグループ ※新人事労務システム申請が必要です。
上記以外	各事業所の労務(総務)担当部署 ※詳しくは事業所の担当者にご確認ください。
任意継続被保険者	当健保組合へ直接ご郵送ください。(郵送先：〒810-0004 福岡市中央区渡辺通2-1-82)