

<注意> 消せるボールペンは、使用しないでください。

令和3(2021)年度インフルエンザ予防接種費用補助金申請書(任継・特退用)

個人情報の取扱いについて同意し、以下のとおり補助金を申請します。

※ 太枠内をすべてご記入ください。

健康保険証 記号－番号	－	被保険者 氏名	(フリガナ) -----	電話 番号	
----------------	---	------------	-----------------	----------	--

※ 接種者氏名は、被保険者1名の申請であっても、必ずご記入ください。

6名以上の場合は、本用紙をコピーして2枚に分けてご記入ください。

接種者氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	接種日	接種費用
(フリガナ) -----	本人 家族	男性 女性	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
(フリガナ) -----	本人 家族	男性 女性	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
(フリガナ) -----	本人 家族	男性 女性	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
(フリガナ) -----	本人 家族	男性 女性	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
(フリガナ) -----	本人 家族	男性 女性	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	円

◆ 下記チェック項目のご確認(✓)をお願いします。申請書や領収証に不備があると受付できません。

- 申請書の太枠内の記入漏れはありませんか
- 2021/10/1～2021/12/31**の間に接種を受けていますか
- 領収証(原本)は人数分ありますか
- 領収証の宛名は「接種者氏名(フルネーム)」で記載…①
- 領収証に「接種日」の記載がある…②
- 領収証に「接種費用」の記載がある…③
- 領収証に「インフルエンザ予防接種」の記載がある…④
- 領収証に「医療機関名・医療機関印」がある…⑤

領 収 証 (見本)

患者No. _____

① 氏名 ○○ ○○ 様 ② 令和○年○月○日

保	初・再診療	医学管理	在宅医療	検査	画像	投薬
	0点	0点	0点	0点	0点	0点
	注射料	リハビリテーション	専門療法	処置料		麻酔料
険	0点	0点	0点	0点	0点	0点
	放射線治療	その他	診療総点数			①診療負担金
	0点	0点	0点			0点

③

文書料	保険外負担	自費その他	予防接種	消費税	②自費合計
0円	0円	0円	4,000円	0円	4,000円

③前回来収金 今回請求額 領収額合計 ④ 但し、インフルエンザ予防接種代(4回目)として

0円 ①+②+③ 4,000円

上記の通り領収いたしました。

⑤ ××市××町××-××
○○クリニック
TEL 000-000-0000 領収印

【備考】	健保

領収証貼付欄

【貼付例】

領収証が剥がれないように、この面にお貼りください。



【申請〆切】

2022(令和4)年1月14日(金) 健保必着

【申請書の提出先】

〒141-8565 東京都品川区大崎2-8-1

明電舎健康保険組合 インフルエンザ担当

【問合せ先】

明電舎健康保険組合 担当)板井

電話: 03-6420-8800 mailto: itai-y@mb.meidensha.co.jp