

インフルエンザ予防接種補助金申請書

補助額は
3,000円/回まで

下記のとおり接種を受けましたので、領収書を添えて補助金を申請します。

被保険者証の記号・番号				被保険者氏名				生年月日			
記号		番号		昭和 平成 令和 年 月 日				昭和 平成 令和 年 月 日			
被保険者住所				事業所住所							
〒				名称							
(電話番号)				所在地							

* 補助金の支給対象者は、接種時にコスモ健保の被保険者及び被扶養者に限ります。

* 申請額は、支払額が1回につき3,000円を超えた場合でも、3,000円と記入してください。

記入欄(予防接種の詳細を記入)

予防接種を受けた者	続柄	生年月日	年齢	接種日	金額(1回3,000円上限)
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日	円
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日	円
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日	円
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日	円
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日	円
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日	円
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日	円
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日	円
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日	円
合計(=申請額)					円

(注)・この申請書は提携医療機関以外でインフルエンザ予防接種を受けた場合に使用します。

- ・領収書はインフルエンザ予防接種と明記されたもので、接種者全員の氏名・接種金額の記載が必要です。
- ・領収書は原本(コピー不可)を申請書の裏面にのり付けしてください。(ホチキス、クリップ留め等は不可)
- ・ご家族分を取り纏めて、1枚で提出してください。なお、13歳未満で2回接種される場合は、2回接種後に提出してください。
- ・申請書の紛失を避けるため、書留郵便等の追跡が出来る方法で提出してください。

<健保記入欄>

コスモ石油健康保険組合

常務理事	事務長	係

- ・接種期間は 令和5年1月31日(火)まで
- ・提出期限は 令和5年2月10日(金)健保組合へ必着

(送付先) 〒105-8303
東京都港区芝浦1丁目1番1号 浜松町ビルディング5階
コスモ石油健康保険組合 インフルエンザ補助担当 宛
TEL 03-3798-3143

支給金額
円

(受付日印)