

【申請書の提出期限】 2021年1月15日（金）必着（健康保険組合 到着分まで）

【提出先住所】 〒105-8310 東京都港区東新橋 1-6-2 資生堂健康保険組合 インフルエンザ係 宛

2020年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

年 月 日提出

被保険者氏名（自筆署名）	社員番号	健康保険証の記号	健康保険証の番号
事業所名	所属名	連絡先（日中連絡がとれる電話番号）	
申請書に不備があった場合の返却先（申請書は基本的に返却しませんが不備があり受理できない場合は返却させていただく場合があります）			
☐ 勤務事業所 ☐ 自宅（〒			

【接種を受けた方の内訳】 公費助成を受ける方は助成額を差し引いた自己負担金額を接種費用欄にご記入ください

（年度内1回の接種について申請可能、2回接種は13歳未満の被扶養者に限ります） ↓ 資生堂健康保険組合記入

氏名	続柄	接種日 1	接種日 2	接種費用	通番	支給決定額
		年 月 日	年 月 日	円		円
		年 月 日	年 月 日	円		円
		年 月 日	年 月 日	円		円
		年 月 日	年 月 日	円		円
		年 月 日	年 月 日	円		円

★2021年2月末までに退職予定のある方のみご記入ください★

金融機関名	支店名/支店番号	種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
①	支店名	普通		
② ゆうちょ銀行	支店番号（漢数字3桁）	普通		

★★★提出前に必ずご確認ください！★★★

- 補助対象接種期間は 2020/10/1～2020/12/31 です。
（領収書の日付が上記期間のものが対象です）
- 医療機関の領収書に「インフルエンザ予防接種」「接種を受けた方の氏名（フルネーム）」の記載がありますか？
- 市区町村の公費助成を受ける方は、助成額がわかるものを添付してください

扶養家族分もまとめて申請してください。夫婦ともに資生堂社員（資生堂健康保険組合の被保険者）の場合は、別々に申請し、子供等被扶養者の分は扶養している方が申請してください

接種を受けた方の氏名宛で 1 人 1 枚発行（接種を2回に分けて受ける場合は2回分の領収書を添付）

2012年10月02日

領収証

領収 No000037

楳 花子 様

¥2,620-

（但し インフルエンザ 正しく領収致しました）

医療法人 〇〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇〇 クリニック

東京都 〇〇〇〇〇〇〇〇

電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

印刷面を内側に折って保管願います

見本

「インフルエンザ予防接種」の記載があること

領収証

下記の通り請求いたします。

発行日 平成 23 年 10 月 〇〇 日

患者番号 00000

氏名 楳 花子

種 費用区分 社保・本人 負担率 〇〇%

初・再診料	入院料等	医学管理費	在宅医療	検査	画像診断	投薬
点	点	点	点	点	点	点
注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療
点	点	点	点	点	点	点
食事療養	生活療養	その他	病理診断			
円	円	点	点			
保険外併用療養費	室料差額	文書料	器材・器代	電気代		
円	円	円	円	円		
保険外負担	（内訳）	その他 1	その他 2	その他 3	その他 4	
円	円	円	円	円	円	
		インフルエンザ				
		↑ 2,150 円	円	円	円	

※領収証の再発行は致しません。大切に保管してください。 ◎領収印を揃えて、領収証と致します。

総診療費	①負担金
円	円
②食事・生活費負担	③保険外負担
円	2,150 円
今回請求額 (①+②+③)	2,150 円
④繰越残高 (前期末収金)	円
今回請求額 (①+②+③+④)	2,150 円
今回未収金	円
繰収金額	2,150 円

見本

支給決定日

2021 年 2 月 3 日

領収書等 貼付欄（コピー不可、必ず糊付けしてください）