

【申請書の提出期限】 2024年1月19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

2023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	健康保険証の記号	健康保険証の番号
	99	
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） （〒		

【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

（年度内に1回申請可能、13歳未満が2回接種しても補助上限は1000円です）

↓ 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

★★★提出前に必ずご確認ください！★★★

(1) 補助対象接種期間は 2023/10/1～2023/12/31です。
(領収書の日付が上記期間のものが対象です)(2) 領収書に「インフルエンザ予防接種」の記載および
「接種を受けた方の氏名」の記載がありますか？

(3) 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

椿 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 クリニック

東京都〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
電話:00-0000-0000
印刷面を内側に折って保管願います

「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 19日

患者番号 00000

氏名 椿 花子

種 費用区分 社保・本人

初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投
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	円	点			
保険外併用療養費	室料差額	文書料	器材・器器代	電気代		
円	円	円	円	円		
(内訳)	その他1	その他2	その他3	その他4		
	円	円	円	円		
	インフルエンザ					
	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。 ◎領収印を捺して、領収証と致します。

初診料	円
①負担金	円
保険外併用療養費	円
②家賃・生活費負担	円
③保険外負担	2,150円
今回請求額 (①+②+③)	2,150円
④継続請求 (前回未収金)	円
今回請求額 (①+②+③+④)	2,150円
今回未収金	円
領収金額	2,150円

領収書等貼付欄コピー不可、必ず糊付けしてください

補助金の口座振込日

2024年 3月 25日