

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者等の 記号・番号	—	被保険者 氏名	在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく給付金の 受領を事業主に委任します。
予防接種日	年 月 日		
支払った金額 (領収証額面)	円	予防接種した 医療機関名	

★補助対象者は、東プレ健康保険組合の被保険者(本人)のみです。

★1人2,000円を限度に支給し、2,000円未満で接種された方は実費を支給します。(年1回のみ)

領 収 証 貼 付 欄

※ 医療機関発行の領収証原本を貼付してください。

(接種日、接種した人の氏名、インフルエンザと明記してあるもの)

※ 領収証を紛失した場合は補助できませんのでご注意ください。(領収証の返却はできません。)

※ 接種日は、10/1～12/20までが補助の対象となります。

※ ㄆ切は、各事業所の指示に従ってください。(最終ㄆ切は1/10健保必着となります。)

★裏紙での申請は出来ません。

★申請書の提出は事業所へお願いします。
(健保へ直接ではありませんのでご注意ください。)