

任意継続被保険者（本人）・被扶養者（家族）共通

接種期限 2021年2月末日まで
申請期間 2021年3月末日まで必着

2020年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

年 月 日

全国労働金庫健康保険組合 御中

被保険者証（保険証）番号 100-

被保険者氏名

印

住所 〒 -

TEL

インフルエンザ予防接種を受けましたので、関係書類を添えて補助金の申請をします。

続柄※	接種者（カナ氏名）	性別	生年月日（西暦）			接種日（西暦）			支払った費用 （領収証を網掛け 枠に貼付）	健保記入欄 決定金額
			年	月	日	年	月	日		
		1.男 2.女							円	
		1.男 2.女							円	
		1.男 2.女							円	

※配偶者の場合、妻、夫と記載してください。 ※子の場合、長男、二男と記載してください。

振込先金融機関 被保険者	金融機関 コード	金融機関名	労働金庫	本支店 コード	本支 店名	本店 支店
	預金 種別	1：普通		□座 番号		
	□座 名義人	姓（か） 名（か）				

※被保険者名義に限ります。

領収証を貼付してください（枠より大きい場合は、別紙専用台紙へ貼付）

領収証を貼付してください（枠より大きい場合は、別紙専用台紙へ貼付）

申請前に必ずお読みください

★対象者

- 被保険者・被扶養者 ※接種日に労金健保の任意継続被保険者資格を有すること
東振協提携方式の利用券による予防接種を受けていない者

★接種期限・申請期間・申請回数・申請方法

- 接種期限 2021年2月末日 申請期間は、労金健保に2021年3月末日まで必着
年度1人1回 ※13歳未満については、2回接種分を併せて1回の申請可
申請は被保険者ごとの世帯一括で手続きをしてください。
下記の提出書類を労金健保へ郵送してください。

★提出書類

- インフルエンザ予防接種補助金申請書（本紙）
個人ごとの領収証（原本）
注1）領収証の記載内容（右記見本①～④）に不足がある場合は、補助金の支払いは出来ません。
注2）病院の事情でインフルエンザの明記が不可能な場合は、「インフルエンザ 予防接種済証」の写しを添付してください。領収証の但し書きが「予防接種」だけの場合「診療報酬明細書」（写し）または、「インフルエンザ予防接種済証」（写し）が必要です。また、個人ごとの領収証発行が不可能な場合は、但し書きに接種者名・各金額を記載してもらってください。
注3）提出された領収証は返却いたしません。

★個人情報について

本申請書及び添付書類に記載された個人情報は、労金健保の保健事業の目的以外に使用しません。

見本	領収証
①接種者氏名	XXXX年XX月XX日 XXXX年XX月XX日
②但し（注2）	金額 4,000円 但し、インフルエンザ予防接種代
	〇〇〇病院 ④医療機関名

健保使用欄 ※記入しないでください。			受付No.	備考
検印	精査	担当	支払日	人
				決定金額 （合計）
				円