

インフルエンザ予防接種費用補助請求書

東日本電線工業健康保険組合 殿

平成 年 月 日

記号番号 400- _____

被保険者氏名 _____ 印

下記のとおり請求いたします。

金 _____ 円也

内 訳

実施者氏名	本 人 家 族	支払金額	組合補助額	実施医療機関名
合 計				

振込口座

銀行名	銀行			支店		
口座番号	普通・当座	：	：	：	：	：
口座名義	フリガナ					

領収書はここにのりづけしてください

(貼るスペースが足りない場合は用紙の裏側に貼り付けてください)

- 注1 請求書には医療機関発行の領収書の原本(接種者の個別の氏名、個別の料金及び **インフルエンザ** 予防接種であることの確認できるもの)を添付してください。(レシートは不可)
- 2 組合補助額は、本人・家族とも実施方法(1回法または2回法)にかかわらず、1人1,500円を限度に支払います。ただし、支払った額が1,500円以下の場合には全額支払います。
- 3 請求金額には、組合補助額の合計を記入してください。