

北陸銀行健康保険組合 殿

令和		年	月	日
常務理事	事務長	担 当	支給金額	
			円	

インフルエンザ予防接種補助金請求書

提 出 日 年 月 日

被保険者 記号 番号

氏 名 (印)

部店名 (内線)

下記のとおりインフルエンザ予防接種料を支払いましたので、領収書（原本）を添付のうえ請求いたします。

記

受 診 者 氏 名	続 柄	実 費	請 求 金 額 (実費と2千円のいずれか低い金額)
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
対象者は被保険者および被扶養者である 配偶者と子です。		請求金額合計	円

領 収 書 は 裏 面 に の り 付 け し て く だ さ い 。 （ コ ピ ー 不 可 ）

- 領収書は原本（コピー不可）を添付願います。
(領収書には「インフルエンザ予防接種」と「接種者
氏名（フルネーム）」、「金額」を明記のこと。)
- 医療費明細書は不要です。
- 1回目接種分のみ補助の対象となります。
- ご家族まとめて請求願います。
- 補助金は後日、健保にお届けの口座へ振込します。
- 最終締切日は2月末日です。（必着）

～ 記入例 ～

受診者氏名	続柄	実 費	請求金額
北陸 太郎	本人	2,500円	2,000円
北陸 花子	妻	3,000円	2,000円
北陸 一郎	長男	1,800円	1,800円
		請求金額合計	5,800円