

2020年度インフルエンザ予防接種費用補助申請書

※詳細案内と記入例はムラタ健保ホームページを確認 (<https://murata-kenpo.or.jp/support/detail.php?id=155>)

※太枠内をすべて記入ください (消せるボールペン・えんぴつは不可)



本人氏名 (被保険者)	村田 太郎	印 自署の場合、押印不要	保険証 記号・番号	9 - 9876	健康保険証見本 本人(被保険者) 平成28年 4月 1日 発行 健康保険証番号 9876 氏名 村田 太郎 性別 男 生年月日 昭和00年 00月 00日 有効期限 平成00年 00月 00日 見本 〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1 村田製作所健康保険組合 TEL. 03-5551-6782
住所	〒 123 - 4567 神奈川県横浜市〇〇〇〇	日中連絡のつく 連絡先	090-0000-0000		

本人 (被保険者)	接種者氏名	生年月日	接種回数	市区町村 の補助	接種日	接種費用	健保記入欄	管理No
家族 (保険証記号・番号が同一)	村田 太郎	S・H 31年 9月 19日	1回のみ	有・無	R 2年 11月 1日	3000円	円	
	村田 花子	S・H・R 33年 11月 28日	1回目	有・無	R 2年 11月 1日	3000円	円	
			2回目	有・無	R 年 月 日		円	
	村田 一郎	S・H・R 29年 1月 10日	1回目	有・無	R 2年 11月 1日	3000円	円	
			2回目	有・無	R 3年 1月 15日	3000円	円	
		S・H・R 年 月 日	1回目	有・無	R 年 月 日		円	
	S・H・R 年 月 日	2回目	有・無	R 年 月 日		円		
	S・H・R 年 月 日	1回目	有・無	R 年 月 日		円		
	S・H・R 年 月 日	2回目	有・無	R 年 月 日		円		
合計額						12000円	円	

領収書に記載されている
接種日、接種費用を記入

必ず記載

※必ず振込先口座を記入してください。【本人(被保険者)名義のみ】

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義	口座名義(カナ)
神奈川県銀行	横浜支店	普通	0 0 0 0 0 0 0 0	村田 太郎	ムラタ タロウ

提出前に必ずご確認ください

- 接種日にムラタ健保に加入していますか
- 領収書(原本)の添付はありますか(コピー不可)
- 領収書の宛名は接種者氏名ですか(会社名不可)
- 領収書に①接種者氏名(会社名不可)・②接種日・③接種金額・④病院名・⑤インフルエンザ予防接種の記載はありますか
- 領収書は申請人数分ありますか
- 振込先口座は記入していますか

領収書見本 ①～⑤が記載されているか必ずご確認ください

①	村田太郎様	②	00年0月0日
③		金	¥3,000-
⑤ 但し:インフルエンザ予防接種代金として			
④		〇〇クリニック	印
		×××市×××町	

- ・レシート不可
- ・領収書に記載ない内容は明細書記載であれば併せて添付

※小学生以下のお子様のみ申請期限内2回接種できます(中学生以上は申請期限内1回接種)

※市区町村から補助を受けている場合は申請できません(重複補助不可)

※振込先口座に不備があった場合、健保が把握している口座に支給します

※申請書・領収書に不備があった場合は支給できません(申請書・領収書の返却不可)

申請期限: 2021年2月15日(月) ムラタ健保必着

【提出先】

〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1
村田製作所健康保険組合 宛