

## 2022年度インフルエンザ予防接種費用補助申請書



※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 <small>下の「提出前に必ずご確認ください」の口すべてに☑チェックをして申請してください</small>	保険証 記号・番号	9 - 001	健康保険証見本 <small>本人(被保険者) 平成29年 4月 1日 交付 健康保険被保険者証 記号 9 番号 9876 氏名 村田 太郎 性別 男 生年月日 昭和00年 00月 00日 交付取得年月日 平成00年 00月 00日 見本 健康保険所 京都府長岡京市東神足1-10-1号 健康保険組合 村田製作所健康保険組合 TEL 075-8555-6782</small>
住所	〒000-0000 京都府長岡京市東神足00-0	日中連絡のつく 連絡先	電話番号 090-0000-0000	

確認

本人と同じ記号番号の家族ですか？

本人	接種者氏名	生年月日	性別	接種回数	接種日	接種費用	健保記入欄	管理No
家族(本人と保険証記号・番号が同一)	村田 太郎	60年 1月 1日	男	1回のみ	R 3年 11月 1日	4,000円	円	
	村田 花子	60年 2月 2日	男	1回目	R 3年 11月 1日	4,000円	円	
				2回目	R 年 月 日	円	円	
	村田 はじめ	26年 3月 3日	男	1回目	R 3年 11月 1日	3,500円	円	
				2回目	R 3年 11月 11日	3,500円	円	
	村田 次郎	3年 4月 4日	男	1回目	R 3年 11月 1日	3,500円	円	
2回目				R 3年 11月 11日	3,500円	円		
		年 月 日	男・女	1回目	R 年 月 日	円	円	
				2回目	R 年 月 日	円	円	
合計額						22,000円		

● 支給方法：任意継続開始時に指定いただいた給付口座へ支給致します。

☑ 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（コピー不可です）
- ☑ 領収書の宛名①は接種者氏名ですか（会社名不可）
- ☑ 領収書に①接種者氏名・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
- ☑ 下記の枠内の2項目を理解しました

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 (個人氏名)	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

- ・レシートは不可です
- ・接種者1人1枚、領収書の添付が必須です（書式不問）
- ・領収書に①～⑤全てが記載されていない場合は別途記載された明細書が必要です

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

※申請書・領収書に不備があった場合は支給できません（健保受理後の申請書・領収書の返却不可です。不備のある申請は処理できず申請書ごとお戻しする場合があります）

申請期限：2023年1月31日（火） 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 インフル接種補助チーム 宛