

令和4年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

|                |   |                  |  |
|----------------|---|------------------|--|
| 被保険者証<br>記号－番号 | － | 社員番号             |  |
| 被保険者名          |   | 日中連絡がとれる<br>電話番号 |  |

■ 予防接種をした方

| 接種者氏名 | 続柄 | 接種年月日    | 接種費用 |
|-------|----|----------|------|
|       |    | 令和 年 月 日 | 円    |
|       |    | 令和 年 月 日 | 円    |
|       |    | 令和 年 月 日 | 円    |
|       |    | 令和 年 月 日 | 円    |
|       |    | 令和 年 月 日 | 円    |
|       |    | 令和 年 月 日 | 円    |

■ 振込先金融機関 ※必ず被保険者名義の口座を記入してください

|          |      |          |               |  |
|----------|------|----------|---------------|--|
| 銀行<br>金庫 |      | 本店<br>支店 | 支店番号          |  |
| 普通 ・ 当座  | 口座番号 |          | 口座名義名<br>(カナ) |  |

＊ご家族様（被扶養者）も接種される場合は接種者全員分をまとめて申請してください。

この申請書に、医療機関が発行した「領収書（原本）」を添付してください。

領収書は下記の記載があることが必要です。

☐領収日 ☐接種した方の氏名 ☐領収金額 ☐医療機関名

☐「インフルエンザ予防接種代」と記載してあること

※領収書が家族と併せて1枚の場合は、接種者全員の氏名と接種単価を記入してもらってください。

※領収書は返却いたしませんのでご了承ください。

■ 提出先／お問い合わせ先

G L V 健康保険組合 E-mail: info@glv-kenpo.com

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト2階

＊インフルエンザ予防接種は、令和4年9月1日～令和5年3月15日の期間内に接種をしたものが対象です。

＊提出期限（令和5年3月末日）を過ぎてから届いた申請は受付することができませんのでご注意ください。

健康保険組合記入欄

|        |   |
|--------|---|
| 補助金額合計 | 円 |
| 振込日    |   |

|      |     |     |     |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
|      |     |     |     |