

常務理事	事務局長	部長(代理)	課長	係

令和 年 月 日請求

## 任意継続被保険者 「B方式」インフルエンザ予防接種補助金請求書

## 東京都自動車整備健康保険組合理事長 殿

下記のとおりインフルエンザの予防接種を実施したので、補助金を請求します。

被保険者証の	記号	被保険者の氏名	印
	番号		

①

接種者の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄
	住所	(〒 - ) (TEL )					

令和 年 月 日実施	医療機関名
予防接種の実費	円

②

接種者の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄
	住所	(〒 - ) (TEL )					

令和 年 月 日接種	医療機関名
予防接種の実費	円

## 【注 意】

- 補助金の対象期間は、10月1日から翌年3月31日までに接種した分が請求できます。
- この請求書には、「インフルエンザ予防接種個人別内訳報告書」と領収書(写)を添付願います。  
なお、市区町村から予防接種費用の補助を受ける場合は、その補助制度が優先となります。
- インフルエンザ予防接種の実施人数と実費を記入のうえ、4月30日までに請求してください。
- 予防接種の補助金は、年度内1人1回を限度に(但し、13歳未満は、2回まで)補助金を支給いたします。  
なお、補助金の支給は、請求書を受理した翌月以降に保険給付金の振込指定口座に振り込みいたします。  
また、A方式により予防接種した場合は、B方式での補助金を請求することはできません。

令和 年 月 日提出

受付日付印