

(様式7)

常務理事	事務局長	部長(代理)	課長	係

令和 年 月 日請求

「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予防接種を実施したので、補助金を請求します。

事業所名称

事業主名

○担当者名 _____ ○連絡先 TEL (_____)

※決定額欄は、記入しないでください。

保険証記号 (4ケタ)	インフルエンザ予防接種		※ 決定額	備考
	接種者人数	予防接種実費		
	被保険者	人 円	円	
	被扶養者	人 円	円	
	13歳未満 の被扶養者	人 円	円	
	合計	人 円	円	

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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、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

「B方式」インフルエンザ予防接種個人別内訳報告書

保者証記号							
事業所名称							
番号	氏名	種別	性別	生年月日		予防接種年月日	予防接種実費
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	令和 年 月 日	
		本人・家族	男 女	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	令和 年 月 日	
合 (小) 計				名			

【注 意】

- 被保険者証の記号と番号・氏名・種別・性別・生年月日・予防接種年月日及び予防接種実費を記入してください。
なお、A方式で予防接種された方は、請求できません。