

《 医療機関 記入欄 》

インフルエンザワクチン接種料金領収書

接種を受けた者の氏名

	様
--	---

(複数名で接種を受けた場合は、代表者の氏名)

金 額

	円
--	---

() 名分

インフルエンザワクチン接種料金として、上記金額を正に領収しました。

令和 年 月 日

住 所	
医療機関名	

(医療機関の方へ)

- ・ お手数ですが、上記領収書にご記入いただくか、別途領収書を発行いただきますようお願いいたします。

《 被保険者 記入欄 》

インフルエンザワクチン接種補助金申請書

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

インフルエンザワクチンの接種を受けたので、以下のとおり補助金を申請いたします。

フリガナ		記号・番号	—	申 請 日
被保険者 氏 名		所 属		令和 年 月 日

接種を受けた者の氏名	続 柄 (長男、次女等)	接種を受けた日	医療機関での支払額
		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
合 計		名	円

- ・ 対象期間 毎年10月1日 ～ 翌年1月31日の間の接種分
- ・ 補 助 金 対象者1人当たり**1回限り**。 最高**1,000円** (1,000円未満の時は、その金額)
- ・ 対 象 者 当健康保険組合の**被保険者**及び**被扶養者**
- ・ 申請期限 翌年 2月10日迄に提出してください。