

## 補助金請求書

常務理事	事務長	係
押印省略		

責任者	係
押印省略	

音羽健康保険組合

(請求日)

〇〇〇〇年

〇月

〇日

(健保受付日)

月

日

理事長 殿

事業所	記号				部	部	署	名
	1	6	会	社				
氏名	保険証番号				音羽	一郎	印	
		1	1	1				

下記のとおり補助金を請求します

## 1. 予防接種該当者及び医療機関

予防接種該当者氏名	続柄	接種を受けた医療機関	接種日	補助金額 注2、注3参照
音羽 一郎	本人	音羽クリニック	7/5	2,500 円
音羽 花子	妻	池袋病院	7/1	3,000 円
音羽 太郎	長男	池袋病院	7/1・8/1	3,000 円
				円
				円
			合計	8,500 円

- \* 補助金の対象者は被保険者と被扶養者です。  
1枚の用紙に、被保険者と被扶養者、2回受診分をまとめて申請すること。
- \* 補助金額は、予防接種料（2回接種の場合は合計額）が3,000円未満の場合は100円未満を切り捨てた金額を支給。
- \* 補助金額は、予防接種料（2回接種の場合は合計額）が3,000円以上の場合は3,000円を支給。
- \* 医療機関の発行した「領収書」を必ず添付してください（コピー不可）。  
「領収書」には、「接種した人の名前・金額・インフルエンザ接種をしたこと」を必ず明記すること。
- \* 補助金の請求は年度内（当年4月1日～翌年3月31日）利用の請求を原則とする。  
補助金の請求は4月1日（土・日曜日・祝祭日の場合は翌営業日）を年度分最終提出期限とする。
- \* 地方自治体の補助を受け受診し、かつ自己負担金が発生した場合も3,000円を上限とし、補助対象とします。自治体の補助が受けられる場合は、そちらを優先的に利用してください。
- \* 提出された補助金請求書に関しましては、翌月遅くても翌々月の25日までにお支払い致しますのでご確認ください。

## 2. 補助金の振込先

\*被保険者本人の口座に限る

(すでに音羽健保に銀行口座を登録済みの方は記入の必要はありません)

振込先	銀行名	支店名	種別	口座番号
	銀行コード 池袋	支店コード 音羽	普通	0123456
	123	456		

健保記入欄	被保険者	円
	被扶養者 名分	円
	銀行振込合計金額	円