

2024年度

インフルエンザ予防接種補助金請求書

申請期間 2024年10月1日～2025年2月13日 (※電算 必着)

接種期間 2024年10月1日～2025年1月31日

健 保 使 用 欄			
常務理事	事務長	係長	担当

被 保 険 者	保険証記号・番号 記号 番号 〇〇 〇〇〇〇		氏 名 アイシン 太郎	事業所名および部署名 事業所名 〇〇〇株式会社 部署名 ××部△△課		
	住所 〒123-4567 〇〇県〇〇市××町〇〇丁目△番地 電話 (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇					
被 扶 養 者	氏 名	生年月日 対象1歳～小学6年生 (2012.4.2～2024.1.31生迄)	性別	医療機関名	接 種 日 2回接種の場合は1回分のみ補助	接種金額 (1回分の金額)
	アイシン 次郎	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	男・女	◎◎医院	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	3,500 円
		年 月 日	男・女		年	円
		年 月 日	男・女		年	円
		年 月 日	男・女		年 月 日	円

請求書 郵送先

株式会社電算 名古屋支店

TEL : 052-251-6170

FAX : 052-251-6172

住所 : 〒460-0011

愛知県名古屋市中区大須3-30-40 万松寺ビル10F

【振込予定日】 2025年3月21日(金)

【振込先】 給与口座 または 会社指定口座 へ振込みます。
※会社指定口座がない方は健保までお問合せください。注
意
事
項

- 提出頂いた書類について(※電算より【TEL 080-3584-4971】の番号からお電話させて頂く場合があります)ので予めご了承ください。
- この請求書に医療機関発行のインフルエンザ予防接種と明記された領収書又は明細書の原本を必ず添付して、提出してください。
※添付がない場合は補助できません
- 「接種補助券(又は補助金申請書)」を使用しての重複補助は致しません。
重複していた場合は、健保補助額を返金して頂きます。
- 資格喪失や、対象者以外の方が請求された場合は補助しません。

健保受付印

ここに医療機関の領収書の原本を添付し提出

レシートでも構いませんが、その場合は
接種者名・医療機関名が記載されている
ものを添付してください。