

常務理事	事務局長	課長(代理)	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。

記 号		被保険者 氏 名	印
番 号			

①

接 種 者	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続 柄	本人 家族
	住 所	(千 ー) (T E L)							

令和 年 月 日接種	医療機関名			
	予防接種の実費	円		

②

接 種 者	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続 柄	本人 家族
	住 所	(千 ー) (T E L)							

令和 年 月 日接種	医療機関名			
	予防接種の実費	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、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、小学生以下は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