

常務理事	事務局長	課長	係

決定金額	円	備考	
------	---	----	--

(ここから上の欄は記入しないでください)

インフルエンザ予防接種費用助成申請書				
被保険者証の記号番号	煙国	—	—	
接種を受けた者の氏名	接種にかかった費用の合計額	1回目の接種を受けた年月日	2回目の接種を受けた年月日	支給決定額
	円	令和 . .	令和 . .	円
	円	令和 . .	令和 . .	円
	円	令和 . .	令和 . .	円
	円	令和 . .	令和 . .	円
	円	令和 . .	令和 . .	円
	円	令和 . .	令和 . .	円
接種にかかった費用の合計額	円		支給決定合計額	円

上記のとおり、領収書(原本)を添えて申請します。

令和 年 月 日

住所
組合員
(申請者) 電話番号
氏名

〒	
()	-
	印

関西たばこ国民健康保険組合 理事長 殿

希望 振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農業協同組合			
	支店名	支店・出張所	支店コード (店番号)		
	口座区分	普通・当座・貯蓄	口座番号		
	金融機関 電話番号	()	-		
	(フリガナ)				
	口座名義人				

◆ 補助対象等について

- 対象者：75歳未満の被保険者(接種日が75歳の誕生日の前日まで)
- 助成額：1人につき上限3,000円(複数回接種の場合も、合計で3,000円を上限とします)
- 助成期間：接種日が令和6年10月1日から令和7年2月28日まで
- 受付締切：令和7年3月31日必着
- 申請方法：に記入捺印の上、領収書の原本を必ず添付して、当国保組合までお送りください
領収書の原本を、紛失等の理由により提出できない場合のみ、医療機関に、「医療機関の証明欄」への記入・捺印を依頼してください

◆ 注意事項

- 領収書は、保険診療が含まれているもの以外はお返しいたしません
(インフルエンザ予防接種費用は医療費控除の対象になりません)
- 振り込み手数料の関係上、全ての接種終了後、なるべく世帯単位での申請をお願いします

領収書の原本を、紛失等の理由により提出できない場合のみ、医療機関に、
下記「医療機関の証明欄」への記入・捺印を依頼してください

医療機関の証明欄

ワクチン名	インフルエンザ予防接種	接種者氏名	
接種日	令和 年 月 日	領収額	

上記のとおり、相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

所在地

医療機関

名称

医師または担当者氏名

