

| | | | |
|------|------|----|---|
| 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

