

別添1

# インフルエンザ予防接種費用補助請求書

東日本電線工業健康保険組合 殿

令和●年12月31日

記号 - 番号 400-●●●●

被保険者氏名 健崎 康志

下記のとおり請求いたします。

合計請求額 金 3,000 円也

内 訳

実施者氏名	本 家 族	接 種 金 額	実施医療機関名
健崎 康志	本人	4,500円	●■総合病院
健崎 組子	家族	2,500円	□△クリニック
組合補助額 (1,500円×人数)			3,000円

支払額が2,500円未満の接種費用は補助対象外ですので、申請できません。

補助額 1,500円×人数分の合計を記入。

振込口座

銀行名	▲▲▲ 銀行			□□□□ 支店				
口座番号	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7
口座名義	フリガナ けんざき やすし 健崎 康志							

## 領収書

健崎 康志 様

診療日: 令和●年12月31日

インフルエンザ予防接種費用として 領収金額 4,500円

接種した人の名前、「インフルエンザ予防接種」が明記されていますか？

12月31日までに接種した領収書ですか？ 過ぎている接種日では請求できません。

●■総合病院  
電話○○-○○○○-○○○○

の二重払いが発見した場合は返還請求をさせていただきますのでご注意ください。