

※このページをコピーしてご使用ください。

# インフルエンザ予防接種 補助金請求書

※2回分の場合は2,000円

令和 年 月 日

請求者	請求金額		万	千	0	0	0	円
	会員番号	—						
	氏名							
	「ゆう」からの問合せ先 (日中連絡のつく電話番号を 記入・いずれかに○印)	(携帯・自宅・勤務先)						複数名で書ききれない場合は、別紙一覧(様式は任意)にて添付してください。
接種者氏名(続柄)				( )				( )
予防接種日	令和	年	月	日	令和	年	月	日
医療機関への支払額				円				円

銀行振込	<b>振込依頼書</b>							
	上記金額を下記口座に振り込んでください。							
	令和 年 月 日							
	請求者氏名 _____							
金融機関名				銀行 信用金庫 信用組合	本・支店名	本店・支店		
口座番号	普通 ・ 当座						フリガナ	
							口座名義	

請求者氏名は必ず自署でお願いします。(ゴム印等不可)  
事業所単位の場合は、取りまとめ責任者の自署(または、会社名記入の上、会社印・社判)

添付書類： 医療機関発行の領収書 (下記①～⑤の記載のあるもの) (コピー可)

- ① 予防接種を受けた会員または家族の氏名(フルネーム)
- ② **インフルエンザ予防接種の記載があること。**
- ③ 予防接種日    ④ 支払金額    ⑤ 発行医療機関名

⑥領収書に「インフルエンザ」の記載がない場合は、「診療明細書(接種内容が明記されているもの)」または「予防接種証明書等」(コピー可)が必要です。