

平成 年 月 日請求

特例退職被保険者
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

民間放送健康保険組合理事長 殿

下記のとおりインフルエンザ予防接種を実施したので、補助金を請求します。

被保険者証の	記号		被保険者氏名	
	番号			

接種者の	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄	
	住所	(〒 -) (TEL)							
平成 年 月 日実施			医療機関名						
			予防接種の実費	円	決定額	円			

接種者の	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄	
	住所	(〒 -) (TEL)							
平成 年 月 日実施			医療機関名						
			予防接種の実費	円	決定額	円			

振込希望 金融機関 (被保険者の口座)	銀行			店(普通・当座・貯蓄)			番
	(フリガナ)						
	口座名義						

1. 予防接種の補助金は、年度内1人1回を限度に(但し、1回目を13歳未満で接種の場合、2回まで)補助いたします。なお、A方式(東振協契約機関で接種した場合は)、B方式での補助金の請求はできません。
2. この請求書には、予防接種で支払いした領収書(写)が必要ですので添付してください。
3. この請求書は、2人分を記入することにより請求できます。3人分必要な場合はコピーしてください。決定額欄は、記入しないでください。