

北海道新聞社健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種費用補助申請書

太線枠内をご記入ください。

被保険者番号 (社員番号)	32 -	被保険者氏名	㊞
------------------	------	--------	---

※被保険者本人が氏名を記入した場合は、押印は不要です。

接種者氏名	続柄	接種費用	補助額 (健保記入欄)
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
※続柄は、長男・二男等を記入してください。		補助額合計	円

1. 接種期間は、2021年10月1日～2022年1月31日です。
2. 締め切りは、2022年2月22日健保組合必着です。
3. 1回目が2,000円未満で2回接種した場合は、費用を合算して1回で申請してください。

受付日付印

領収書添付欄 (原本以外無効、レシート不可)

*領収書についての注意事項

- ① 「接種者氏名」「接種年月日」「接種費用」「医療機関名」を明記のこと。
- ② 「医療機関印 (領収印)」があること。
- ③ 家族合計の領収書は「接種者ごとの金額」が明記のこと。
- ④ 他の医療費と合算されていないこと。
- ⑤ 領収書の返却を希望される場合は、コピーを貼り付け原本を添付してください。
確認後原本をお返しします。