

インフルエンザ予防接種費用 補助金申請書

この申請は電子申請ができない方専用です。
電子申請可能な方は電子申請システムから申請してください。

被保険者等 記号番号	2000-99999	日中連絡がとれる 電話番号	090-9999-9999
被保険者名	● ● ● ● ●	メールアドレス	● ● ● ● @ ● ● ● ● . ● ● ● ●

■振込先記入機関※被保険者名義の口座を記入してください

金融機関名	● ● ● ● ● 銀行	支店名	● ● ● ● ● 支店
普通 ・ 当座	口座番号 99999999	口座名義 (カナ)	● ● ● ● ●

接種者氏名	医療機関名	接種費用	備考
● ● ● ● ●	● ● ● ● ● クリニック	4,000 円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	

【接種期間】
9月1日から翌年1月末日までに接種したもの

【補助金額】
・1人につき対象期間中1回、2,000円を上限とした実費（市区町村助成等により補助がある場合はその額を差し引いた額）を補助します。
・2回接種するお子様で1回の実費が2,000円に満たない時は、2回接種後に申請してください。

【領収書に関する注意事項】
・領収書は領収日、接種した方の氏名、領収金額、医療機関名、【インフルエンザ予防接種費用】と明記してあるものに限りです。
・複数名が一度に接種した場合は、領収書は別々にもらってください。一括での発行となる場合には接種した方の氏名と料金の内訳を記入してもらってください。
・「領収書」にインフルエンザの記載がなく、「明細書」にインフルエンザの記載がある場合は、「明細書」も提出ください。

精算書提出期限日 翌年（1月に接種した場合は同年） 2月 末日 必着

この精算書と一緒に「領収書」をセールスフォース健康保険組合まで送料自己負担で郵送してください。

■提出先／お問い合わせ先
セールスフォース健康保険組合
〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-1-3 日本生命丸の内ガーデンタワー
TEL 03-4222-3000
健康保険組合記入欄

補助金額	円
振込金額	円
振込日	月 日

常務理事	事務長	担当者	担当者