

## インフルエンザ予防接種補助金請求書

被保険者証	記号	999	被保険者氏名	⑩
	番号			
受診者氏名			続柄	

- ※ 補助金申請は当年10月1日から翌年1月31日までに予防接種したものに限りです。
- ※ 請求期限は予防接種期間の終了の翌月末(2月末日)までとします。
- ※ 当年10月1日に被保険者及び被保険者の扶養となっている配偶者が対象となります。
- ※ 医療機関の領収書には受診者氏名・インフルエンザ予防接種であること・接種年月日・医療機関名・⑩等が記載されていること。
- ※ 振込支払先は任意継続加入時に登録いただいた金融機関となります。
- ※ 領収書の返却は原則致しません。

医療機関の領収書原本を貼り付けてください。

古河健康保険組合

備考