

令和 年 月 日

日本郵船健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種補助金請求書

1. 被保険者証 : 記号 _____ - 番号 _____ 役員 ・ 社員 ・ 任継
(社員番号) (該当するものに○)

2. 被保険者氏名 : _____ (印)

3. 接種明細

接種者氏名 生年月日	続柄	接種日	医療機関名	支払額(円)
昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日		
昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日		
昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日		
昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日		
昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日		
合計				

補助金	
-----	--

- ◇ 別紙に「医療機関名」、「接種者氏名」、「接種内容」が明記された領収書のオリジナル(コピーは不可)を貼り付けてください。(内容等不明なレシートは不可となります。)
- ◇ 市区町村から既に補助金を受けている場合は対象外です。
- ◇ 15FのNYKグループ健康管理センターで予防接種を受けた場合は、特別(接種)料金で提供のため、支給対象外です。
- ◇ 請求の締切日は各月10日です。
支給は請求を行なった翌々月に給与口座へ振込まれます。
(任意継続者の方は翌々月末振込。)
- ◇ インフルエンザ予防接種は医療費控除の対象外です。
- ◇ この請求書にご記入いただいた個人情報は、補助金支給の目的のみに使用いたします。

常務理事	事務長	担当者

<別紙>

領収書（オリジナル）添付