

【個人申請用】

★申請期限：接種年度の1月末まで

予防接種助成金支給申請書

▶ 枠内をご記入ください。この申請書に記入された個人情報

健康保険証の 記号・番号		事業所名				
予防接種種別	インフルエンザ					
医療機関名				医療機関の 都道府県	都道 府県	
申請 内容	接種者氏名	続柄	接種年月日			合計金額
			第1回	第2回 (※13歳未満のみ)		
			令和 年 月 日	令和 年 月 日		円
			円	円		円
			令和 年 月 日	令和 年 月 日		円
			円	円		円
			令和 年 月 日	令和 年 月 日		円
		円	円		円	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日		円	
		円	円		円	
振込先	金融機関名	銀行	銀行コード		支店名	支店コード
	被保険者名義	種目	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座番号	(右づめてご記入ください)	
東京証券業健康保険組合理事長 殿 〒 - ※支給決定通知送付先						
上記のとおり申請します。						
被保険者住所						
年	月	日	フリガナ		TEL : ()	
被保険者氏名						

申請前にご確認ください

- 領収書は原本ですか (コピー不可)。申請人数及び回数分の領収書はありますか。
予防接種済証や明細書のみでは支給できませんので、必ず領収書の原本を添付してください。
- 領収書には①接種年月日 ②接種をされた方のお名前 ③医療機関の住所・名称・領収印
④接種費用 ⑤「インフルエンザ予防接種代」等の但書の記載がありますか。
ない場合は、医療機関へ記載するよう依頼してください。
- 健保会館2階検診場及び当組合診療所での予防接種、東振協契約医療機関で接種費用の補助を利用された後の自己負担額は支給対象外です。
- 厚生労働省で認可されていないインフルエンザ予防ワクチン(フルミスト等)は支給対象外です。
- 1人につき年度内1回のみ申請となります。13歳未満の方で2回接種される場合は2回目の接種後にまとめて申請してください。

【提出先】〒103-0025

東京都中央区日本橋茅場町3-1-2
東京証券業健康保険組合 健康管理課

受付日