

常務理事	事務長	担当者

### インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

◆請求者（被保険者本人） 令和 年 月 日提出

被保険者証 記号一番号	—	被保険者氏名	⑧									
社員番号	※いずれかに○をつけてください											
	社員・クルー											
自宅住所	〒 TEL											
勤務先名	TEL (携帯 )											

◆請求内訳（接種日において ロイヤル健康保険組合の資格があり、実際予防接種を受けた方）

氏名・生年月日	医療機関名 電話番号	接種日	支払金額	健保使用欄
S・H・R 年 月 日	TEL	1回目 /	円	円
		2回目 /		
S・H・R 年 月 日	TEL	1回目 /	円	円
		2回目 /		
S・H・R 年 月 日	TEL	1回目 /	円	円
		2回目 /		
S・H・R 年 月 日	TEL	1回目 /	円	円
		2回目 /		
S・H・R 年 月 日	TEL	1回目 /	円	円
		2回目 /		
S・H・R 年 月 日	TEL	1回目 /	円	円
		2回目 /		
合計			円	支給決定額 円

◆領収書についての注意事項

- 領収印のある領収書の原本を添付してください。(コピー不可)
- 領収書には必ず医療機関で下記の明細を記入してもらってください。
  - 「インフルエンザ予防接種費用」である旨
  - 接種を受けた方の名前
  - 接種を受けた病院名
  - 複数の方の領収額が合計で記載がある場合、余白にその内訳。(接種者氏名とその方の接種費用金額)
- 領収書については、申請書の裏面に貼付してください。

◆その他注意事項

- この補助金の対象となるのは、別途定められている期間に受けたインフルエンザの予防接種の費用です。
- 予防接種を受けた方が家族内で複数いるときは、まとめて請求してください。
- この請求書は、ロイヤル健康保険組合(〒812-0893 福岡市博多区那珂3-28-5)にご提出ください。
- この請求書の受付は**翌年1月20日をもって締め切ります**。(遅れての申請は受付られません)
- 補助金については、基本的に給与での還付となります。**休職や退職で給与が発生しない場合は**下記振込先へ被保険者口座をご記入下さい。

金融機関名	支店名	預金種類	口座番号	口座名義(カタカナ)
フカナ	フカナ	普通預金		
金融機関コード	支店コード	※口座番号は右づめでご記入ください		