

被保険者・被扶養者 予防接種費用請求書

接種対象者氏名	続柄	年齢	接種日	接種内容	接種金額
			令和 年 月 日		円
			令和 年 月 日		円
			令和 年 月 日		円
			令和 年 月 日		円
			令和 年 月 日		円
			令和 年 月 日		円
受診医療機関名					

【添付資料】

- ・ 受診された予防接種の種類および受診者名が記載された**領収書（原本）**
 - ※ 領収書に接種内容が記載されていない場合は、**接種内容が確認できる明細書**も添付してください
 - ※ ご提出された領収書等は、返却いたしません

【注意事項】 送付前に申請内容の不備がないか☑をしてください

- 補助対象者は、三菱地所健康保険組合に加入の被保険者および被扶養者のみです
- 各予防接種ごとに、**年度（4月～翌年3月まで）内に1回のみ補助（原則上限：1万円／インフルエンザのみ4千円）** いたします
インフルエンザ予防接種に限り、2回目接種時点で13歳未満の被扶養者は、年度に2回まで補助対象です
- 費用請求書は、**翌年度の4月10日必着にて事業所ご担当者（任継の方は当組合）**までご提出ください
※ 期日を過ぎた場合は、補助対象外となります

被 保 険 者	事業所 （出向元）		記号		
	氏名		番号		
委 任 状	被保険者 （請求者）	本請求に基づく受領を代理人に委任します。 住所： 氏名：			
	代理人	住所： 氏名：			

- ※ **代理人欄は事業所事務担当者が記入します**ので太枠の欄のみ記入してください
- ※ 任意継続被保険者は代理人欄記入不要です