

被保険者・被扶養者 予防接種費用請求書 <記入例>

接種対象者氏名	続柄	年齢	接種日	接種内容	接種金額
三菱 太郎	本人	○	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	インフルエンザ	○○○○ 円
三菱 一郎	長男	○	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	インフルエンザ	○○○○ 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		○○○○病院			

【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)	○○○○株式会社	記号	101
	氏名	三菱 太郎	番号	123456
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： ○○○県○○○市○○○町○丁目1-1 氏名： 三菱 太郎		
	代理人	住所： 東京都千代田区大手町1-6-1 氏名： 株式会社○○○○○○ ○○○ ○○		

- ※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