

# 特定検診【COVID-19予防接種】費用請求書

被保険者等 記号番号		被保険者 氏名	フリガナ	生 年 月 日
				昭和 平成 年 月 日

被 保 険 者 の 現 住 所	〒	-		Tel ( ) -
--------------------	---	---	--	-----------

<b>受診した者の</b>	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 との続柄
---------------	-----	--	------	----------------------	--------------

受診した機関の 名称及び所在地	名 称			
	所在地			Tel ( ) -

受 診 日	令 和 年 月 日	費 用		円
-------	-----------	-----	--	---

払渡希望銀行名	銀 行	支 店	信用金庫
---------	-----	-----	------

口 座 番 号	1 普通預金 2 当座預金	口 座 名 義	フリガナ
---------	------------------	---------	------

委 任 状 (被保険者以外の口座 に振込みを希望される 場合のみご記入ください)	この給付金の受領方を	(住所) 〒 -		
		(氏名)		に委任する。
	令和 年 月 日			被保険者

## COVID-19 予防接種

対 象 者	実施日当日資格を有する被保険者及び被扶養者
補 助 金 額	補助金額は受診者毎に単年度(4月～翌年3月)で3,000円を限度としてかかった実費用
必要書類 (①～③のいずれか)	①領収書の原本(「受診者氏名」「受診日」「受診費用」「実施機関名」「COVID-19予防接種代」の明記のあるもの) →明記のない場合は実施機関が記入、実施機関押印(ゴム印、認印)が必要
	②「【COVID-19予防接種】費用請求書」内、下記領収書
	③領収書がレシート形式や家族で一括で発行された場合等、受診者毎の明細がない場合→領収書の原本と下記内訳書

領 収 書	令和 年 月 日
殿  ¥ 但、COVID-19予防接種代として 上記のとおり、領収しました。  実施機関・医療機関 所在地 実施機関・医療機関 名 称	(印)

実施機関 御中 ※領収書がレシート形式や家族等で一括で発行された場合等、受診者毎の明細がない場合、下記にご記入願います。

<b>実 施 機 関 記 入 欄</b>		内 訳 書		
	殿	別紙領収書の内訳は下記のとおりです。		
	内容	金 額		
	COVID-19予防接種	¥		
		実施機関・医療機関 所在地		
		実施機関・医療機関 名 称		

※ゴム印、署名可  
※受付日付印

神戸機械金属健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日提出