

# 特定検診【COVID-19予防接種】費用請求書

被保険者証の記号番号		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 ( ) -
----------	---	--	--	-----------

受診した者の	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。

実 施 機 関 記 入 欄		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