

# 特定検診【インフルエンザ予防接種】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 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 信用金庫	支店
---------	------------	----

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
---	---

インフルエンザ予防接種	
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」「インフルエンザ予防接種代」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「【インフルエンザ予防接種】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

<b>領 収 書</b>	
殿	令和 年 月 日
¥	
但、インフルエンザ予防接種代として 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	<b>内 訳 書</b>	
	殿	
	別紙領収書の内訳は下記のとおりです。	
	内容	金 額
	インフルエンザ予防接種	¥
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