

インフルエンザ予防接種費用補助請求書

- ◆ インフルエンザ以外の予防接種・国外での接種は補助の対象外です
- ◆ 申請書は1人1枚、1回の接種につき1枚ずつ作成が必要です
- ◆ 領収書は裏面に必ずのり付けしてください(ホッチキス、クリップは不可)
- ◆ 補助申請のためには、請求書類の本紙提出が必須となります(メール・FAXでの受付不可)

受付年月日	支給決定						年月日	
	常務理事		事務長		担当者		支出科目	保健事業費 疾病予防費
							補助額	円
被保険者証 記号・番号						事業所名		
						所属部署		
受診者氏名						被保険者 との続柄		
電話番号	自宅					e-mail		
	勤務先							
予防接種に要した 費用	円					接種年月日	令和 年 月 日	
ワクチンの種類 (該当するものに要チェック)	☐ 不活化ワクチン(注射) ☐ 経鼻生ワクチン(フルミスト)					接種時の年齢	歳	
医療機関名								
令和 年 月 日 住友商事健康保険組合理事長 殿 上記のとおり補助を請求いたします。 請求者住所 _____ 被保険者氏名 _____ 印 署名する場合、押印を省略可								

▼下記をご確認のうえ、チェック欄にチェックを付けてご提出ください

- ☐ 領収書本紙(接種を受けた方の氏名・予防接種の種類・接種日が記載されているもの)を貼付した
(領収書等貼付確証は健保組合保管のため、返却不可)
- ☐ 予防接種費用単独の領収書を添付した(必ず保健診療分とは分けた領収書の発行を医療機関にご依頼ください)
- ☐ 補助申請の受付は、請求書類が2026年3月20日(金)までに健保組合必着の旨、了承した

▼領収書に予防接種の種類の記載がない場合のみ、下記を確認・チェックしてください

- ☐ 明細書(診療明細書)や母子手帳(該当ページ)・接種証明等、予防接種の種類が確認できる確証を裏面にのり付けした