

# ポイント精算 予防接種費用補助金支給申請書 (インフルエンザ以外)

日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿

下記のとおり予防接種を受けましたので、補助金の申請をいたします。

\* 太枠内を記入してください。

## ■被保険者

			年	月	日	記入
被保険者	記号		フリガナ 被保険者氏名			
	番号					
社員番号			〒			
電話番号	( )		被保険者住所			

## ■接種を受けた方

接種を受けた方(氏名)		生年月日	年齢(才)	接種日	接種金額
被保険者(本人)		年 月 日		年 月 日	円
被扶養者(家族)		年 月 日		年 月 日	円
医療機関名					
予防接種の種類					
振込先 (被保険者 名義)	1. 健保給付金指定振込口座 (※原則給与振込口座)				
	2. 1以外で希望する場合	銀行 信用金庫 信用組合	支店	普通預金 口座番号	
				被保険者名義 ※カタカナ記入	

■添付書類：領収書(コピー可)を別紙の「領収書貼付欄」に貼付してください。

★ 領収書には以下の記載が必要です。(※接種ワクチンは日本で承認済のものに限る)  
不備の場合は、医療機関で記入してもらうまたは以下の事項がわかる明細書を添付してください

- 接種者氏名(フルネーム)       接種金額(合計の場合は、必ず接種者別の金額)  
 接種日       医療機関名(領収印)       但書(〇〇〇〇〇予防接種代)

## 《 注意事項 》

- 対象者：予防接種実施日において日本イーライリリー健康保険組合に加入の方
- 申請方法：申請書は接種者別、種類毎に申請書を作成し、領収書(コピー可)を添付の上、接種後2ヶ月以内に健康保険組合あてに請求してください。
- 提出先：社内便(リリー健保宛て)または下記に郵送でご提出ください。
- 補助金額：健保ポイント保有残高分(予防接種実施日時時点で付与されていないポイントは精算対象外)
- 振込日：20日までの受付は当月末払いとなります。
- 対象の予防接種：インフルエンザ以外で厚労省に認められている予防接種

※. 補助額についてはお住まいの自治体から補助がある場合は公費優先。  
全額補助ではない場合は個人負担した差額を補助。

《 提出先・お問合せ 》 日本イーライリリー健康保険組合

〒532-0003 大阪市淀川区宮原4-1-6 アクロス新大阪ビル10F  
TEL: 06-6150-1090 FAX: 06-6150-1092

支給金額 円

領収書貼付は別紙の「領収書貼付欄」へ

受付印

# 領収書貼付欄

※領収書が剥がれないようにお貼りください。

※領収書が多い場合、ずらして貼付ください

貼付例①

領収書

領収書

領収書