支給決定額（健保使用欄）
円

常務理事	事務長			係

※１人当たり4,000円／回上限です。
※任意継続被保険者用です。一般の方はP4Pから申請してください。

No.

インフルエンザ予防接種費用補助申請書

被保険者証 記号・番号	99 － 800		
被保険者氏名	山田　太郎　　印		
接種者氏名	続柄	接種日（※2）	金額（※3）
山田　太郎	本人	11月5日	3,600円
山田　花子	配偶者	11月20日	3,600円
山田　一郎	長男	11月25日	7,200円
山田　和子	長女	11月25日	7,200円
合計金額			21,600円

上記の通り申請します。

令和　元 年　11 月　29 日

グラクソ・スミスクライン健康保険組合　御中

（注意事項）
※1 ・領収書原本を必ず添付して下さい。（接種者名及び予防接種名が記載されているもの）
また、複数名の合計金額のみ記載された領収書の場合、１人当たりの金額も必ず医療機関に記載してもらって下さい。
※2 ・２回に分けて接種した場合は、２回目の接種日を記入して下さい。
※3 ・２回に分けて接種した場合は、２回の合計額を記入して下さい。
※4 ・対象となるご家族全員の接種が終わってからまとめて請求して下さい。
（但し、年度末は２月末日までに請求して下さい。）

受付日付印