

インフルエンザ予防接種 補助金請求書

TISインテックグループ健康保険組合 殿

令和 年 月 日

(記号 番号)

請求者氏名

予防接種を受けた人

本人

被扶養者

名前

請求金額

円

* 請求額は最大4,000円×人数

(4,000円未満のときは実費の補助、
2回接種したときは、合算して4,000円請求できます。)

ここに領収書を貼付してください

- ① インフルエンザ予防接種の領収書で原本に限る。
* 「医療費明細書」ではなく「領収書」
* 医療機関名と押印があるもの
* 提出書類アップロード(iNETけんぽ)を利用される場合、原本の提出は不要
- ② 「接種を受けた者の氏名」および「インフルエンザ予防接種」を明記してもらう。
* 病院側で明記してもらえなかった場合は、「余白に接種を受けた者の氏名」、
「インフルエンザ予防接種」を記入してください。
* 接種を受けた者の氏名は被保険者又は被扶養者名に限る。
- ③ 自治体等からの補助分は対象外とする。
* 自治体補助分を差し引いた自己負担分に対して健保で補助可能
- ④ 1人につき年1回4,000円まで
* 自己負担が4,000円未満のときは実費の補助、2回接種したときは合算して4,000円請求可能
* 2回接種したときは2回分まとめて1回で請求すること
- ⑤ 健保到着の翌月事業所宛に振込。各個人には事業所振込月、または、その翌月に給与振込。
* 但し、任意継続者は指定口座へ振込

◆ 送付先

社内メールの場合 / インテック富山本社ビル

TISインテックグループ健康保険組合宛

郵送の場合 /

〒930-8577 富山市牛島新町5-5

TISインテックグループ健康保険組合宛

◆ 請求期限

令和6年3月20日