

# 任意継続 2024年度 インフルエンザ予防接種補助金請求書

※太枠内ご記入ください。

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

▼健保記入欄

決裁金額	円
決裁日	

▼健保使用

課長	担当者

小田急グループ健康保険組合理事長 殿

被保険者	記号	900	番号		連絡先	( )
	フリガナ				住所	〒
	氏名					

接種日	2024年	月	日	接種金額	円
-----	-------	---	---	------	---

振込先 金融機関 (ゆうちょ銀行) を除く	名称	銀行			支店
	口座種類	1. 普通	2. 当座	口座番号	
	フリガナ	姓			名
	口座名義人				

領収証貼付位置

領収証を添えて補助金を請求します。

領収証を貼り付ける前にご確認ください。

- 1. 領収証は原本ですか？  
(領収証のコピーや明細書のみ申請はできません)
- 2. 接種日は、2024年10月1日～12月31日の期間内ですか？  
(小田急グループ健康保険組合加入前に接種したものは申請できません)
- 3. 領収証の宛先は、接種者名(フルネーム)になっていますか？  
(被扶養者は対象外ですので申請できません)
- 4. 領収証に「インフルエンザ予防接種」の記載がありますか？  
(記載がない場合は、医療機関で記載を依頼してください。また、記載のある明細書を領収証と併せて貼り付けてください)

領収証のコピー不可

【補助金請求は、2025年1月31日健康保険組合到着分までとなります】

小田急グループ健康保険組合 TEL 03-3372-3865

✂ キリトリ線

✂ キリトリ線