

2024年度 インフルエンザ予防接種補助金請求書

個人接種用

※太枠内ご記入ください。

会社名		所属部署	
-----	--	------	--

被保険者	記号		番号	
	氏名			

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

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

小田急グループ健康保険組合 TEL 03-3372-3865

インフルエンザ予防接種